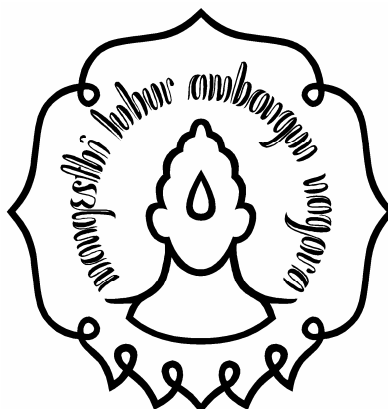


**PENGARUH PELATIHAN *SAFE COMMUNITY* TERHADAP
PENGETAHUAN DAN PERILAKU BIDAN DESA
DALAM MENGEMBANGKAN DESA SIAGA**

TESIS

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Derajat Magister

Program Studi Kedokteran Keluarga
Minat utama : Pendidikan profesi kesehatan



Oleh :

ZAENAL FANANI
S.540907123

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2008**

**PENGARUH PELATIHAN *SAFE COMMUNITY* TERHADAP
PENGETAHUAN DAN PERILAKU BIDAN DESA
DALAM MENGEMBANGKAN DESA SIAGA**

Disusun oleh :

Zaenal Fanani
NIM S 5409070123

Telah disetujui oleh : Tim Pembimbing

Dewan Pembimbing

Jabatan Tanggal	Nama	Tanda Tangan	
Pembimbing I 2008.	<u>Dr AA Subiyanto. dr. MS</u> Nip.030134565	25-07-
Pembimbing II 2008.	<u>dr Bhisma Murti. MPH. MSC. PHD.</u> Nip.132125727	25-07-

Mengetahui :
Ketua Minat Utama

Dr. P. MURDANI.K.MHPEd
NIP.130 786 875

LEMBAR PENGESAHAN

PENGARUH PELATIHAN *SAFE COMMUNITY* TERHADAP PENGETAHUAN DAN PERILAKU BIDAN DESA DALAM MENGEMBANGKAN DESA SIAGA

TESIS

Disusun oleh :

Zaenal Fanani

NIM S 5409070123

Telah disetujui dan disahkan oleh :
Tim Penguji Tesis

Dewan Penguji

Jabatan Tanggal	Nama	Tanda Tangan
Ketua Merangkap Anggota	Prof.Dr.dr.Didik Tamtomo.PAK.MM.MKK NIP. 130 543 994	
Sekretaris Merangkap Anggota	Dr.Nunuk Suryani MPd NIP. 131 981 507	
Anggota Penguji	1. Dr AA Subiyanto, dr. MS Nip. 030134565	
	2. dr Bhisma Murti, MPH MSC. PHD Nip.132125727	

Mengetahui :

Direktur Program Studi
Magister Kedokteran Keluarga

Ketua Program Studi
Magister Kedokteran Keluarga

Prof.Drs.Suranto,MSc.PhD
NIP. 131 472 192

Prof.Dr.dr.Didik Tamtomo,PAK.MM MKK.
NIP. 130 543 994

PERNYATAAN

Nama : Zaenal Fanani

NIM : S 540907123

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis berjudul pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga adalah betul-betul karya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya, dalam usulan penelitian tesis tersebut diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila di kemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan tesis dan gelar yang saya peroleh dari tesis tersebut.

Surakarta, 9 September
Yang membuat pernyataan

Zaenal Fanani



SUGESTI DAN PERSEMBAHAN

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan

Maka apabila kamu telah selesai dari segala sesuatu urusan, kerjakan dengan sungguh-sungguh urusan yang lain.

Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap (QS. 94 : 6 - 8).

Berangan-anganlah setinggi langit

Mulailah dari yang kecil

Kerjakan, sekarang juga (Dahlan Iskan).

Untuk mencapai sesuatu, tidak ada yang mudah bagi orang dewasa (A.A, Subiyanto Dr.dr).

Ya, Allah Tuhan yang menggenggam segala apa yang ada di langit dan di bumi, mudahkanlah segala urusan kami dan bimbinglah ke jalan yang Engkau ridloi Amin.

Karya ini penulis persembahkan kepada :

*Hj. Fatimah Kasmoeni, ibunda
Hj. Suswati Yuniningsih Fanany, isteri
Aya Selfira Farella dan Ananda Iqbal Fanany, anak
Juga saudara-saudara penulis tercinta.*

KATA PENGANTAR

Puji syukur hanya milik Tuhan YME yang telah melimpahkan rahmat dan bimbingan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga”**. Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat mencapai derajat Magister Program Studi Kedokteran Keluarga Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis menyadari dalam penyelesaian tesis ini banyak pihak terlibat langsung atau tidak langsung sehingga tesis ini bisa hadir di depan pembaca, dalam kesempatan ini penulis sampaikan penghargaan dan rasa terima kasih yang tulus kepada :

1. Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta, Prof. DR. dr. Muh. Syamsulhadi, Sp. KJ (K) yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti program Magister di Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Direktur Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret, Prof. Drs.Suranto, M.Sc.Ph.D yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti program Magister di Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
3. Ketua Program Studi Magister Kedokteran Keluarga, Prof. DR. dr. Didik Tamtomo PAK.MM.MKK yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti program Magister di Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.

4. Ketua Minat Program Studi Magister Kedokteran Keluarga, dr. P.Murdani K, MHPed telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti program Magister di Program Pascasarjana Universita Sebelas Maret Surakarta.
5. Pembimbing Dr.dr.H.Ahmad Arman Subijanto, MS dan dr. Bhisma Murti, MPH, MSC. Ph.D.Yang telah membimbing penulis dengan tulus, sehingga memperlancar proses penulisan tesis ini. Dengan segala hormat penulis mengucapkan terima kasih atas bantuan dan kepeduliannya serta segala fasilitas yang telah diberikan kepada penulis agar bisa lulus sesuai waktu yang tersedia.
6. Semua dosen penulis di Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terima kasih atas bekal ilmu yang telah diberikan, semoga menjadi bagian dari amal baiknya yang senantiasa Tuhan membalas-Nya.
7. dr.Widyawati selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar yang mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia di jajaran Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.
8. dr.Evi Rossalina selaku Kepala Puskesmas Bacem Kabupaten Blitar yang telah banyak memberi peluang kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan Progam Magister Kedokteran Keluarga ini dengan sebaik mungkin.

9. Basar Purwoto, S.Sos dan Suprajitno, SKp. MKes selaku ketua dan Pembantu Ketua 1 STIKes Patria Husada Blitar yang juga banyak membantu dalam kelancaran pendidikan penulis.
10. Ibu hj.Yatimah Kasmoeni, yang telah melahirkan dan mengasuh penulis dengan bangga tesis ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari bakti penulis kepada ibunda tercinta.
11. Istri penulis hj. Suswati Yuniningsih dan anak penulis Aya Selfira Farella serta Ananda Iqbal Fanany yang senantiasa memberi suport sehingga terselesainya tesis ini.
12. Rekan-rekan mahasiswa Program Pascasarjana Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta, terutama *the best friends* mas Taadi, mas Hendro, dan mas Ikhwan, terima kasih atas kebersamaan kita selama ini.
13. Semua saudara penulis terima kasih atas doa dan kasih sayangnya.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung hingga terselesaikannya tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih banyak kekurangan, untuk itu masukan, kritik, dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis di masa yang akan datang.

Akhir kata penulis menyampaikan doa semoga Alloh SWT selalu melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya serta membalas jasa kebaikan semua. Semoga tesis ini bermanfaat bagi pembaca terutama bagi penulis sendiri.

Blitar, September 2008

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN

KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
ABSTRAK / INTISARI.....	xvi
I PENDAHULUAN.....	1
A Latar belakang masalah	1
B Identifikasi masalah	5
C Pembatasan masalah	7
D Perumusan masalah	12
E Tujuan penelitian	12
F Manfaat penelitian	12
G Keaslian penelitian	12
II LANDASAN TEORI DAN HIPOTESIS.....	13
A Kajian teori.	13
B Kerangka konseptual	51
C Hipotesis Penelitian	51
III METODE PENELITIAN.....	52
A Desain penelitian	52
B Tempat dan waktu penelitian	53
C Subyek penelitian	53
D Variabel penelitian	55
Definisi operasional, alat ukur	
E dan skala data	55
F Kisi Kisi kuesioner	57

G	Intervensi dan Instrumentasi Penelitian	57
H	Rencana Pengolahan dan Analisis Data	58
IV	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	61
A	Deskripsi hasil penelitian	61
B	Hasil pengujian hipotesis	71
C	Pembahasan	77
V	PENUTUP.....	86
A	Kesimpulan	86
B	Saran	87
LAMPIRAN		

DAFTAR SINGKATAN (GLOSARI)

AGB	: Anemia Gizi Besi
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASI	: Air Susu Ibu
CSS	: Community Self Survey
Depkes	: Departemen Kesehatan
GAKY	: Gangguan Akibat Kekurangan Yodium
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
Kadarzi	: Keluarga Sadar Gizi
KB	: Keluarga Berencana
KEP	: Kekurangan Energi Protein
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan
UKBM	: Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
KIA	: Kesejahteraan Ibu dan Anak
KLB	: Kejadian Luar Biasa
KVA	: Kekurangan Vitamin A
Menkes	: Menteri Kesehatan
MMD	: Musyawarah Masyarakat Desa
PAB	: Penyedia Air Bersih

Perpres	: Peraturan Presiden
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PKK	: Pembina Kesejahteraan Keluarga
PKMD	: Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
PLP	: Penyehatan Lingkungan Pemukiman
POD	: Pos Obat Desa
Polindes	: Pondok Bersalin Desa
Poskesdes	: Pos Kesehatan Desa
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PTD	: Pertemuan Tingkat Desa
RI	: Republik Indonesia
RPJM-N	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDM	: Sumber Daya Manusia
SKD	: Sistim Kewaspadaan Dini
SMD	: Survei Mawas Diri
TK	: Taman Kanak - Kanak
TMD	: Telaah Mawas Diri
TOGA	: Tanaman Obat Keluarga
UKBM	: Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat

Lampiran

DAFTAR BAGAN

Bagan 1 : Kerangka Konseptual halaman 52

Bagan 2 : Desain Penelitian halaman 53

ABSTRAK

Zaenal Fanani, S 540907123, 2008. Pengaruh Pelatihan *Safe Community* Terhadap Pengetahuan Dan Perilaku Bidan Desa Dalam Mengembangkan Desa Siaga. Tesis : Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mempelajari pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga.

Rancangan penelitian ini adalah eksperimen kuasi sebelum dan sesudah dengan kontrol. Waktu penelitian Juni sampai dengan Juli 2008. Populasi sumber adalah Bidan Desa di Kabupaten Blitar. Pemilihan sampel secara *purposive sampling*, dengan kriteria inklusi sebagai berikut (1) merupakan Bidan Desa, (2) status PNS / CPNS / PTT, (3) berusia kurang dari 36 tahun, (4) pendidikan terakhir P2B dan diploma III, (5) tidak mengikuti pelatihan manajemen yang lain dalam 1 tahun terakhir, (6) Lama bekerja minimal 1 tahun. besar sampel 68 terbagi dua, 36 responden untuk kelompok perlakuan dan 32 untuk kelompok kontrol. Variabel bebas adalah pelatihan *safe community* dan variabel terikat adalah pengetahuan dan perilaku Bidan Desa.

Pelatihan *safe community* mampu meningkatkan pengetahuan Bidan Desa tentang Desa Siaga segera sesudah selesai pelatihan ($t: 6.93$; $p: 0.000$), maupun 14 hari setelah selesai pelatihan ($t: 3.79$; $p: 0.000$).

Pelatihan *safe community* mampu meningkatkan perilaku Bidan Desa tentang Desa Siaga 14 hari sesudah pelatihan ($t: 13.03$; $p: 0.000$).

Pelatihan *safe community* mampu meningkatkan pengetahuan maupun perilaku Bidan Desa tentang Desa Siaga. Secara statistik signifikan. Disarankan untuk melakukan pelatihan serupa di tempat lain.

Kata kunci : Bidan Desa *safe community*, pengetahuan, perilaku dan Desa Siaga.

ABSTRACT

Zaenal Fanani, S 540907123, 2008. The effect of Training *safe community* To Knowledge And Behavior of Midwife village in *Developing* Prepared village. Tesis : Postgraduate Program of Surakarta Sebelas Maret University.

The general objective of research is to study effect of training *safe community* to knowledge and behavior of Midwife village in developing prepared village.

The research design is experiment of kuasi before and after with control. Research place in Regency of Blitar. Time research of June up to Juli 2008. Source population is Midwife in village Regency of Blitar. Election of sample by purposive sampling, with criterion inklusi the following (1) representing Midwife in village, (2) status of PNS / CPNS / PTT, (3) is less than 36 years old, (4) final education P2B and diploma of III, (5) doesn't attend the management training in 1 the last year, (6) work duration at least 1 year. Sample of 68 consist of 36 for group of treatments and 32 for group of controls. Free variable is training *safe community* and of variable tied is knowledge and behavior of Midwife in village.

Training safe of community can improve knowledge of Midwife in village about prepared village so soon as after training (t : 6.93; p : 0.000), and also 14 days after training (t : 3.79; p : 0.000).

Training of community safe can improve behavior of Midwife in village about prepared village 14 days after training (t : 13.03; p 0. 000).

Training of community safe can improve knowledge and also behavior of Midwife in village about prepared village. Statistically signifikan. Suggested to getting done similar training in place other.

Keyword : midwife in village *safe community*, knowledge, behavioral prepared village.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Berbagai masalah kesehatan masyarakat masih di jumpai di Indonesia, seperti tingginya angka kematian ibu (307 / 100.000 kelahiran hidup) dan angka kematian bayi (45 / 1.000 kelahiran hidup) prevalensi anak balita kurang gizi (25.8 %). Demikian juga munculnya kembali berbagai penyakit lama seperti malaria dan tuberculosis paru, merebaknya berbagai penyakit baru yang bersifat pandemik seperti HIV / AIDS, SARS, dan flu burung, serta belum hilangnya penyakit-penyakit endemis seperti diare dan demam berdarah merupakan masalah kesehatan yang nampak penting di Indonesia (Depkes RI, 2006¹ ,).

Keadaan ini diperparah dengan timbulnya berbagai kejadian bencana yang dalam kurun waktu terakhir sering menimpa negeri kita, baik bencana karena faktor alam seperti gunung meletus, gempa bumi, tsunami, dan angin puting beliung maupun bencana karena perilaku manusia yang mengakibatkan semakin rusaknya alam seperti banjir, tanah longsor, dan kecelakaan massal (Depkes RI, 2006¹ ,). Sementara itu, kesehatan sebagai hak azasi manusia ternyata belum menjadi milik setiap manusia Indonesia karena berbagai hal seperti kendala geografis, sosiologis, dan budaya. Kesehatan bagi sebagian penduduk yang terbatas kemampuannya serta yang berpengetahuan dan berpendapatan rendah

masih perlu diperjuangkan secara terus-menerus dengan cara mendekatkan akses pelayanan kesehatan dan memperdayakan kemampuan mereka.

Di samping itu kesadaran masyarakat bahwa kesehatan merupakan investasi bagi peningkatan sumber daya manusia juga masih harus dipromosikan melalui sosialisasi dan advokasi kepada para pengambil kebijakan dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) di berbagai jenjang administrasi (Depkes RI, 2006² ,).

Kesehatan sendiri merupakan masalah yang kompleks dan merupakan *resultante* dari berbagai faktor. Sampai akhir abad ini, teori tentang derajat kesehatan masyarakat yang disebut sebagai *psycho-socio-somatik health well being*, merupakan teori Blum (1974:254-258). Menurut teori ini, derajat kesehatan masyarakat merupakan *resultante* dari empat faktor, yaitu (1) lingkungan, (2) perilaku yang dihubungkan dengan *ecological balance*, (3) keturunan dipengaruhi oleh polasi dan distribusi penduduk serta (4) pelayanan kesehatan. Dari keempat faktor tersebut, lingkungan dan perilaku merupakan faktor yang dominan pengaruhnya terhadap tinggi rendahnya derajat kesehatan masyarakat.

Menyimak kenyataan tersebut kiranya diperlukan upaya terobosan yang benar-benar memiliki daya ungkit bagi meningkatkan derajat kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Sehubungan dengan itu Departemen Kesehatan telah mengadakan reformasi pembangunan kesehatan dengan ditetapkan visi pembangunan kesehatan untuk mencapai Indonesia Sehat 2010 yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang

agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam rangka mewujudkan visi pembangunan kesehatan tersebut dirumuskan strategi pembangunan kesehatan yaitu (1) menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, (2) meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, (3) meningkatkan sistem *surveilans*, monitoring, dan informasi kesehatan, (4) meningkatkan pembiayaan kesehatan (Depkes RI, 2003¹ ,).

Berkaitan dengan strategi tersebut di atas, salah satu sasaran terpenting yang ingin dicapai oleh Departemen Kesehatan pada akhir tahun 2008 adalah seluruh desa telah menjadi Desa Siaga. Di Kabupaten Blitar dengan mewujudkan Desa Siaga di 248 desa sampai akhir tahun 2007, kenyataannya sampai trimester kedua tahun 2008 masih terdapat 50 % desa dengan status Desa Siaga sedang dari 50 % yang aktif hanya 20 % (DinKes Blitar, 2007).

Desa Siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau, dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular, dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), kejadian bencana, kecelakaan, dan lain-lain dengan memanfaatkan potensi setempat, secara gotong-royong. Tujuan utama pengembangan Desa Siaga adalah untuk pemeratakan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat (Mediakom, 2006). Untuk itu perlu adanya upaya kesehatan yang lebih tercapai (*accessible*), lebih terjangkau (*affordable*) serta lebih berkualitas.

Sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang berkualitas dan profesional, tersedia dalam jumlah yang cukup serta terdistribusi secara adil dan merata sangat menentukan keberhasilan pengembangan Desa Siaga.

Keberhasilan Desa Siaga sebagai wujud upaya kesehatan berbasis masyarakat sangat tergantung kepada ketepatan penerapan langkah-langkah dalam pendekatan edukatif dan pengorganisasian masyarakat (Depkes RI, 2006¹ ,).

Tenaga kesehatan yang secara langsung berkaitan dengan pengembangan Desa Siaga antara lain adalah tenaga bidan. Untuk itu sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 363/ Menkes/ Per/ IX/ 1980 tentang kewenangan bidan di desa, penempatan bidan di desa merupakan hal yang sangat penting.

Selain program penempatan bidan di desa, upaya yang ditempuh pemerintah adalah upaya terealisasinya seluruh desa menjadi Desa Siaga pada tahun 2008 yang salah satu indikatornya adalah adanya Poskesdes di setiap desa yaitu tempat yang didirikan oleh masyarakat desa setempat atas dasar musyawarah, yang berfungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Masyarakat pedesaan masih membutuhkan pelayanan kesehatan yang sederhana namun bermutu, cepat, dan tanggap yang nantinya diharapkan dapat dipenuhi oleh keberadaan Poskesdes (Padang Trenggono, 2004). Di Kabupaten Blitar setiap Poskesdes hanya dikelola satu (1) orang bidan di desa yang dibantu oleh kader kesehatan setempat.

Dengan demikian peran bidan di desa sangat penting dalam menggerakkan peran serta masyarakat untuk meningkatkan dan menentukan keberhasilan

pembangunan kesehatan di desa dan mewujudkan tercapainya Desa Siaga di Kabupaten Blitar.

B. IDENTIFIKASI MASALAH

Penilaian peran bidan di desa dapat dilihat dari keberhasilan bidan dalam mengelola sistem kesehatan desa yang terdiri dari upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sumber daya obat, dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan. (Depkes RI, 2003² ,).

Peran dipengaruhi oleh banyak faktor menurut Ulaifiyah (2002) ada dua faktor utama yang mempengaruhi peran baik langsung, maupun tidak langsung, dan hal ini akan mempengaruhi produktivitas kerja. Faktor tersebut dibagi dalam dua kategori yaitu faktor dari pekerja sendiri atau *individual variable* dan faktor dari luar pekerja atau *situational variable*. Faktor dari pekerjaan antara lain bakat, kepribadian, sistem nilai, sifat visik, motifasi, usia, pendidikan, pengalaman, intelegensia, dan latar belakang budaya. Faktor dari luar pekerjaan antara lain insentif, metode kerja, alat kerja, lingkungan fisik, kebijakan organisasi, pelatihan, lingkungan sosial, dan hubungan antara unit organisasi.

Sedangkan menurut As'ad (1987) perbedaan dalam peran bisa disebabkan oleh dua faktor, yaitu faktor individu atau variabel individu dan faktor situasional. Faktor individu terdiri dari (1) Umur, (2) Jenis kelamin, (3) Tingkat pendidikan, (4) Pengalaman, (5) Tujuan, (6) Persepsi, (7) Motivasi, (8) Kemampuan, (9)

Nilai-nilai. Sedangkan faktor situasional terdiri dari (1) Struktur, (2) Pekerjaan, (3) Teknologi, (4) Peran, (5) Kelompok Kerja.

Peran bidan di desa dalam pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Blitar dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal.

Faktor internal yang berhubungan dengan peran bidan di desa antara lain karakteristik bidan yaitu usia, pendidikan, dan masa kerja, tingkat pengetahuan serta sikap bidan. Sedangkan faktor eksternal antara lain pelatihan, supervisi, dan kepemimpinan, fasilitas / alat dan insentif / kompensasi.

Pelatihan manajemen *safe community* diselenggarakan untuk meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan sikap bidan di desa tentang upaya kesehatan perorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan manajemen pengelolaan sistem kesehatan di tingkat desa / Poskesdes. Evaluasi program pelatihan perlu dilaksanakan dengan tujuan untuk menguji dan menilai apakah program-program pelatihan yang telah dijalani secara efektif mampu mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Barnardin dan Russel dalam Mangkunegara, 2003). Dimana salah satunya adalah adanya perubahan pengetahuan dan perilaku bidan di desa.

Perilaku manusia sendiri sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Bloom dalam Notoatmodjo (2003) membagi perilaku ke dalam 3 domain / kawasan / ranah, meskipun kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas yang terdiri dari (1) ranah kognitif, (2) ranah efektif, dan (3) ranah psikomotor. Untuk kepentingan hasil pendidikan ketiga domain ini diukur dari pengetahuan, sikap atau tanggapan, dan praktek atau tindakan.

C. PEMBATAAN MASALAH

Berdasarkan uraian di atas penelitian ini dibatasi untuk mengetahui faktor eksternal yang berpengaruh terhadap peran Bidan Desa di Kabupaten Blitar dalam pengembangan program Desa Siaga yaitu pelatihan *safe community*.

Pelatihan tersebut diyakini dapat meningkatkan pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam upaya mengembangkan Desa Siaga di Kabupaten Blitar.

Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawat daruratan kesehatan secara mandiri. Sebuah desa dikatakan menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Poskesdes adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/ menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. UKBM yang sudah dikenal luas oleh masyarakat yaitu Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Warung Obat Desa, Pondok Persalinan Desa (Polindes), Kelompok Pemakai Air, Arisan Jamban Keluarga dan lain-lain (DepKes RI, 2007).

Dengan adanya Desa Siaga maka diharapkan pembangunan kesehatan mencapai sasaran sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka

Menengah Nasional / RPJM-N (Perpres nomor, 7 Tahun 2005), yaitu : meningkatnya umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun, menurunnya angka kematian bayi dari 35 menjadi 26 per 1.000 kelahiran hidup, menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita dari 25,8% menjadi 20,0% (KEPMENKES No. 331/ MENKES/ SK/ V/ 2006).

Namun demikian disparitas derajat kesehatan antar wilayah dan antar kelompok tingkat sosial ekonomi penduduk masih tinggi. Derajat kesehatan di Indonesia juga masih jauh tertinggal dari derajat kesehatan di Negara-negara ASEAN lainnya (Depkes RI, 2006² ,).

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional, diperlukan peran serta masyarakat. Untuk menyadarkan masyarakat tentang pentingnya peran serta masyarakat yang diwujudkan dalam partisipasi dalam pembentukan maupun pengelolaan UKBM. Sehingga dapat dikatakan bahwa kunci pokok dari pengembangan Desa Siaga adalah pemberdayaan masyarakat. Memberdayakan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan harkat dan martabat lapisan masyarakat dimana kondisi sekarang tidak mampu untuk melepaskan diri dari perangkap kemiskinan dan keterbelakangan. Dengan kata lain, memberdayakan adalah meningkatkan kemampuan dan meningkatkan kemandirian masyarakat. Upaya pemberdayaan dapat juga dilakukan melalui 3 (tiga) jurusan (Kartasmita, 1995 : 4) yaitu menciptakan iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang. Titik tolaknya adalah pengenalan bahwa setiap manusia dan masyarakat memiliki

potensi (daya) yang dapat dikembangkan. Pemberdayaan adalah upaya untuk membangun daya itu dengan mendorong, memberikan motivasi, dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya serta berupaya untuk mengembangkan, memperkuat potensi atau daya yang dimiliki masyarakat (*empowering*). Dalam rangka ini diperlukan langkah-langkah yang lebih positif dan nyata, penyediaan berbagai masukan (*input*), serta pembukaan akses ke berbagai peluang yang akan membuat masyarakat menjadi makin berdaya dalam memanfaatkan peluang dan memberdayakan mengandung arti melindungi. Dalam proses pemberdayaan harus dicegah yang lemah menjadi semakin lemah, dan menciptakan kebersamaan serta kemitraan antara yang sudah maju dan yang belum maju / berkembang. Keberhasilan dalam pengembangan sumber daya masyarakat dibidang kesehatan tentunya akan meningkatkan kemandirian masyarakat dalam melaksanakan upaya-upaya kesehatan, salah satunya adalah dengan mewujudkan Poskesdes yang merupakan syarat utama dalam pembentukan Desa Siaga.

Konsep utama dalam Desa Siaga adalah memberdayakan masyarakat dalam bidang kesehatan. Hingga saat ini terdapat banyak macam perspektif yang berbeda mengenai pemberdayaan masyarakat. Hal ini dapat dipahami, karena sebenarnya pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu dari sekian banyak perspektif mengenai pembangunan masyarakat. Perspektif ini menawarkan sebuah pendekatan yang menyeluruh, meliputi kerangka konseptual, logika berpikir, dan panduan umum untuk meningkatkan kapasitas dan kinerja dalam pembangunan masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat tidak menyediakan keharusan yang terperinci dan tepat atau cocok untuk setiap sistem kemasyarakatan. Meskipun demikian, ada beberapa hal penting dalam memahami dan membuat sebuah definisi yang operasional dari pemberdayaan masyarakat.

Pertama, pemberdayaan pada dasarnya adalah memberikan kekuatan kepada pihak yang kurang atau tidak berdaya (*powerless*) agar dapat memiliki kekuatan yang menjadi modal dasar aktualisasi diri. Aktualisasi diri merupakan salah satu kebutuhan mendasar manusia. Pemberdayaan yang dimaksud tidak hanya mengarah pada individu semata, tapi juga kolektif.

(Hikmat, 200 : 46 - 48). Pengertian ini kurang lebih sama dengan pendapat Payne dan Shardlow mengenai tujuan pemberdayaan. Menurut Payne, tujuan utama pemberdayaan adalah membantu klien memperoleh daya untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan ia lakukan, yang terkait dengan diri mereka, termasuk mengurangi efek hambatan pribadi dan sosial dalam melakukan tindakan. Sedangkan Shardlow menyimpulkan bahwa pemberdayaan menyangkut permasalahan bagaimana individu, kelompok ataupun masyarakat berusaha mengontrol kehidupan mereka sendiri dan mengusahakan untuk membentuk masa depan sesuai dengan keinginan mereka (Adi, 2002 : 162 - 163).

Kedua, menurut Pranarka dan Vindhyaandika, terdapat dua kecenderungan yang saling terkait dalam pencapaian pemberdayaan masyarakat. Pertama, kecenderungan primer. Pada kecenderungan ini proses pemberdayaan masyarakat ditekankan pada proses pemberian atau pengalihan sebagian kekuasaan, kekuatan, dan kemampuan kepada masyarakat atau individu agar menjadi lebih berdaya.

Proses ini dapat dilengkapi dengan upaya membangun aset material guna mendukung pembangunan kemandirian melalui organisasi. Kedua, kecenderungan sekunder. Kecenderungan ini menekankan pada proses pemberian stimulan, dorongan atau motivasi agar individu atau masyarakat mempunyai kemampuan menentukan kebutuhan hidupnya melalui proses dialog (Adimiharja, 2001 : 10). Kedua kecenderungan ini juga dirumuskan oleh Payne. Ia menyatakan bahwa pencapaian tujuan pemberdayaan dapat dilakukan melalui peningkatan kemampuan dan rasa percaya diri untuk menggunakan daya yang ia miliki, antara lain melalui transfer daya dari lingkungannya.

Dalam konsep pemberdayaan lima prinsip yang harus dilaksanakan adalah pertama, mudah diterima dan didayagunakan oleh masyarakat sebagai pelaksana dan pengelola, (*acceptable*) ; kedua, dapat dikelola oleh masyarakat secara terbuka dan dapat dipertanggung jawabkan (*accountable*) ; ketiga, memberikan pendapatan yang memadai dan mendidik masyarakat untuk mengelola kegiatan secara ekonomis (*profitable*) ; keempat, hasilnya dapat dilestarikan oleh masyarakat sendiri sehingga menciptakan pemupukan modal dalam wadah lembaga sosial ekonomi setempat (*sustainable*) ; dan kelima, pengelolaan dana dan pelestarian hasil dapat dengan mudah digulirkan dan dikembangkan oleh masyarakat dalam lingkup yang lebih luas (*replicable*) (Kartasamita, 1997).

Dalam konteks Desa Siaga, untuk menciptakan sebuah sistem yang *sustainable* maka diciptakan sebuah sub sistem jaring pengaman kesehatan masyarakat (*safe community*), yang terdiri dari antisipasi wabah, pengamanan gizi masyarakat, promosi kesehatan, dan pengamatan penyakit menular. Agar jaring

pengaman kesehatan ini dapat diterapkan dengan tepat dalam masyarakat maka dilakukan pelatihan bagi mentor pemberdayaan yaitu bidan di desa.

Berdasarkan kondisi tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga.

D. Perumusan masalah

Apakah ada pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga.

E. Tujuan penelitian

1. Tujuan

Mempelajari pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga.

2. Manfaat praktis

Memberikan masukan kepada Dinas Kesehatan tentang :

1. Efektivitas model pelatihan *safe community* dalam meningkatkan pengetahuan dan perilaku Bidan Desa.
2. Sebagai informasi untuk evaluasi model pelatihan yang lain.
3. Sebagai informasi tentang keadaan Desa Siaga.
4. Masukan informasi kepada peneliti berikutnya.

G. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian mengenai pengaruh pelatihan *safe community* Bidan Desa terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa

Siaga di Kabupaten Blitar sejauh yang diketahui peneliti belum pernah diteliti oleh peneliti lain.

BAB II

LANDASAN TEORI DAN HIPOTESIS

A. KAJIAN TEORI

1. Pelatihan

Menurut Sikula dalam Mangkunegara (2003) pelatihan adalah proses pendidikan jangka pendek yang mempergunakan prosedur sistematis dan terorganisir pegawai non manajerial mempelajari pengetahuan dan ketrampilan teknik dalam tujuan yang terbatas dalam pelatihan ini ditujukan kepada Bidan Desa untuk memperoleh ketrampilan teknik tentang *safe community*.

Menurut Noe (2003). Pelatihan adalah upaya terencana dari sebuah organisasi dalam memfasilitasi pembelajaran yang dilakukan karyawan terkait dengan kompetensi yang mereka miliki dalam menyelesaikan tugas dan pekerjaannya. Kompetensi dimaksud meliputi pengetahuan, kemampuan / keahlian dan perilaku yang sangat penting bagi kesuksesan peran karyawan. Pelatihan ditujukan untuk memperkuat kompetensi karyawan dalam hal pengetahuan, kemampuan / keahlian, dan perilaku yang diberikan pada program pelatihan sehingga mampu diaplikasikan pada kegiatan penyelesaian tugas. Selain itu untuk meraih keunggulan kompetitif dengan melibatkan lebih dari sekedar pengembangan kemampuan dasar.

Seperti yang tercantum dalam peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 tahun 2000 tentang pendidikan dan pelatihan jabatan Pegawai Negeri Sipil, bahwa pendidikan dan pelatihan adalah suatu kegiatan untuk memperbaiki kemampuan kerja seseorang dalam kaitannya dengan aktivitas ekonomi.

Latihan membantu pegawai dalam memahami suatu pengetahuan praktis dan penerapannya guna meningkatkan ketrampilan, kecakapan, dan sikap yang diperlukan oleh organisasi dalam mencapai tujuannya. Sedangkan pendidikan adalah suatu kegiatan untuk meningkatkan penguasaan teori dan ketrampilan dalam memutuskan terhadap berbagai persoalan-persoalan yang menyangkut kegiatan guna untuk mencapai tujuan (Pandoyo dan Husnan, 1990).

Menurut Moekijat (1991) tujuan pelatihan adalah (1) mengembangkan keahlian sehingga pekerjaan dapat diselesaikan dengan lebih cepat dan efektif, (2) mengembangkan pengetahuan sehingga pekerjaan dapat diselesaikan secara rasional, (3) mengembangkan sikap sehingga menimbulkan kemauan bekerja sama dengan rekan sekerja pimpinan.

Simamora (1991) mengatakan pelatihan dilaksanakan dengan tujuan antara lain (1) memperbaiki peran, (2) memutakhirkan keahlian peserta dengan kemajuan teknologi, (3) menjadikan peserta menjadi berkompeten dalam pekerjaan, (4) membantu memecahkan permasalahan operasional, (5) mempersiapkan untuk promosi.

Menurut Handoko (2001) ada dua tujuan utama program pelatihan dan pengembangan karyawan. Pertama, latihan dan pengembangan dilakukan untuk menutup “gap” antara kecakapan atau kemampuan karyawan dengan permintaan jabatan. Kedua program tersebut diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja karyawan dalam mencapai sasaran-sasaran kerja yang telah ditetapkan. Latihan (*training*) dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu, terinci, dan rutin. Latihan menyiapkan para karyawan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan sekarang.

Sirait (2006) juga mengatakan bahwa pelatihan dapat meningkatkan ketrampilan dalam melaksanakan pekerjaan tertentu.

Sedangkan menurut Dessler dalam Sirait (2006), pelatihan memberikan pegawai baru atau yang ada sekarang ketrampilan yang mereka butuhkan untuk melaksanakan pekerjaan.

2. Pendidikan dan pelatihan

Pendidikan adalah proses pengembangan sumber daya manusia yang bersifat teoritis dan filosofis. Sedangkan pelatihan adalah usaha peningkatan pengetahuan dan keahlian seorang karyawan untuk mengerjakan pekerjaan. Pendidikan dan pelatihan kerja sama dengan pengembangan karyawan, yaitu proses peningkatan ketrampilan kerja baik teknik maupun manajerial. Pendidikan berorientasi pada teori, dilakukan di dalam kelas dan berlangsung lama. Sedangkan pelatihan berorientasi pada praktek, dilakukan di lapangan dan berlangsung singkat (Hasibuan, 2000).

Pendidikan dan pelatihan kerja bertujuan untuk (Martoyo, 1987) antara lain :

- Meningkatkan kualitas perusahaan.
- Meningkatkan kompetensi secara tidak langsung.
- Kesehatan mental dan fisik.
- Pencegahan merosotnya kemampuan personil secara individual.
- Semangat kerja dan iklim perusahaan.

Sedangkan menurut Martoyo (1987), manfaat nyata adanya pendidikan dan pelatihan kerja adalah :

1. Mengurangi kecelakaan.
2. Meningkatkan pengetahuan.
3. Menimbulkan kerja sama yang lebih baik.

Pendidikan dan pelatihan kerja merupakan faktor yang penting untuk mengukur kemampuan dasar manusia untuk belajar dan berpikir. Ada dua pendidikan (Ruki, 1990) yaitu :

1. Pendidikan formal, pendidikan yang didapat dari lembaga pendidikan formal.
2. Pendidikan informal, pendidikan yang didapat dari lembaga pendidikan non formal misalnya lembaga kursus.

Sedangkan pelatihan mempunyai 2 metode (Ruki, 1990) antara lain :

A. *On the job training* (pelatihan di tempat kerja), meliputi :

1. Sistem magang, sistem ini mempunyai asas umum belajar sambil bekerja dan bekerja sambil belajar. Calon pegawai langsung diterjunkan untuk bekerja bersama-sama dengan para pekerja yang sudah ahli.
2. Sistem bimbingan, sistem ini diarahkan dan dikembangkan secara langsung.
3. Sistem latihan praktek, sistem ini pekerja akan mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam suasana yang sesungguhnya ditempat kerja pada jabatan tertentu yang direncanakan.

B. *Off the job training*, meliputi :

1. Sistem ceramah, sistem ini digunakan untuk memberikan tambahan pengetahuan teoritis dan penanaman kesadaran.
2. Sistem diskusi, sistem ini dilakukan agar dapat mengatur dan mengemukakan argumentasi sesuai dengan persoalan aktual.
3. *Safe community*

Tujuan diadakan pelatihan *safe community* adalah (1) mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, (2) meningkatkan pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat dalam upaya kesehatan, 3) meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan dasar, pertolongan pertama dalam penanganan kasus-kasus kegawat darurat dan pelayanan kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya (DinKes Jatim, 2006² ,).

Fungsi didirikan *safe community* adalah (1) sebagai tempat untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan masyarakat, (2) sebagai tempat untuk melakukan pembinaan kader / pemberdayaan masyarakat serta forum komunikasi pembangunan kesehatan desa, (3) sebagai tempat memberikan pelayanan kesehatan dasar termasuk kefarmasian sederhana untuk deteksi dini dan penanggulangan pertama kasus kegawat darurat (Dinkes Jatim, 2007).

Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dalam *safe community* meliputi (1) Pelayanan kesehatan ibu, (2) Pelayanan KB, (3) Pelayanan kesehatan Neonatal, Bayi, Balita, dan Pra sekolah, (4) Pelayanan imunisasi dasar bayi, (5) Pelayanan gizi, (6) Perawatan kesehatan untuk kasus dengan gejala tertentu, (7) Pelayanan pengobatan sederhana dan deteksi dini penyakit, (8) Pelayanan kegawat darurat (9) Pelayanan laboratorium, (10) Pelayanan kefarmasian (DinKes Jatim, 2006¹ ,).

Indikator keberhasilan pelatihan *safe community* adalah (1) keberhasilan proses pembangunan berwawasan kesehatan, (2) keberhasilan pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat, (3) keberhasilan pelayanan kesehatan, (4) keberhasilan kesehatan masyarakat.

Keberhasilan proses pembangunan berwawasan kesehatan antara lain terlihat dari (1) ada forum kesehatan desa yang aktif, (2) ada dokumen perencanaan

pembangunan kesehatan di desa, (3) ada pembiayaan dari desa / masyarakat untuk pembangunan kesehatan di desa, (4) ada kegiatan monitoring dan evaluasi kegiatan koordinasi yang membahas pembangunan kesehatan di tingkat desa secara tim.

Keberhasilan pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat antara lain terlihat dari (1) upaya penyuluhan kesehatan dengan memanfaatkan potensi yang ada, (2) upaya pemasaran pelayanan *safe community*, (3) posyandu mandiri, (4) pemanfaatan *safe community* oleh masyarakat sebagai tempat persalinan, (5) ada gerakan mendukung perilaku hidup bersih dan sehat, (6) ada gerakan PSN, (7) ada gerakan kesehatan perumahan dan lingkungan, (8) rujukan kasus risiko tinggi maternal dari masyarakat, (9) ada upaya pengendalian faktor risiko untuk kasus maternal gizi, penyakit menular, atau masalah kesehatan lainnya.

Keberhasilan pelayanan kesehatan, antara lain terlihat dari (1) cakupan pelayanan di banding sasaran yang ada, (2) peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang di berikan (sesuai jenis pelayanan).

Keberhasilan kesehatan masyarakat, antara lain terlihat dari (1) peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat keluarga, (2) peningkatan sanitasi dasar, (3) penurunan kasus penyakit dan masalah kesehatan, (4) peningkatan status kesehatan masyarakat, (5) peningkatan status gizi masyarakat (Dinkes Jatim 2006² ,).

4. Pelatihan manajemen *safe community*

Dilaksanakan dengan tujuan umum untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan pengelola / penanggung jawab *safe community* dalam mengelola sistem kesehatan desa melalui manajemen pelayanan kesehatan *safe community*. Sedangkan tujuan khususnya adalah (1) meningkatnya pengetahuan dan ketrampilan tentang upaya kesehatan perorangan, (2) meningkatnya pengetahuan dan ketrampilan tentang

upaya kesehatan masyarakat, (3) meningkatnya pengetahuan dan ketrampilan manajemen sistem kesehatan desa.

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. UKM mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat adiktif (bahan tambahan makanan) dalam makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat adiktif, dan bahan-bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana, dan bantuan kemanusiaan (Depkes RI, 2006²,).

Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan. UKP mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan, dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan. Dalam UKP juga termasuk pengobatan tradisional dan alternatif serta pelayanan kebugaran fisik dan kosmetik (Depkes RI, 2003¹,).

Langkah-langkah dalam mempersiapkan program pelatihan dan pengembangan yang ditemukan oleh Werther dan Davis serta Dessler dalam Sugiarno (2002) adalah (1) penilaian kebutuhan (*need assessme*), (2) penetapan tujuan latihan dan pengembangan, (3) penentuan isi program dan prinsip belajar, (4)

pelaksanaan program actual, (5) ketahui ketrampilan, pengetahuan, dan kemampuan para pegawai, (6) evaluasi (terhadap *need assessment*).

Sedangkan menurut Cheesway dalam Handoko (1997) pelatihan harus dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut (1) analisis kebutuhan pelatihan, (2) program pelatihan terencana, (3) penerapan program pelatihan, (4) evaluasi efektivitas pelatihan yang ada.

Golstein dan Buxton dalam Mangkunegara (2003) mengatakan bahwa evaluasi pelatihan adalah salah satu komponen dalam program pelatihan yang di dasarkan pada beberapa kriteria sebagai pedoman ukuran kesuksesan pelatihan antara lain kriteria pendapat, kriteria belajar, kriteria perilaku, dan kriteria hasil.

Kriteria pendapat didasarkan pada pendapat peserta pelatihan mengenai program pelatihan yang telah dilakukan. Hal ini dapat diungkapkan dengan menggunakan kuesioner mengenai pelaksanaan pelatihan. Bagaimana pendapat peserta mengenai materi yang diberikan, pelatihan, metode yang digunakan dan situasi pelatihan.

Kriteria belajar dapat diperoleh dengan menggunakan tes pengetahuan, tes ketrampilan yang mengukur skil, dan kemampuan peserta. Kriteria perilaku dapat diperoleh dengan menggunakan tes ketrampilan kerja. sejauh mana ada perubahan perilaku peserta sebelum pelatihan dan setelah pelatihan.

Kriteria hasil dapat dihubungkan dengan hasil yang di peroleh seperti, berkurangnya tingkat absen, meningkatnya produktivitas, dan meningkatnya kualitas kerja.

Samsudin (2006) mengatakan bahwa untuk mengetahui apakah pelatihan telah meningkatkan peran, manajer perlu mengetahui tiga hal yaitu :

(1) Apakah pelatihan yang di berikan itu sah (valid), (2) apakah karyawan mau mempelajarinya, (3) sudahkan kegiatan pembelajaran tersebut menimbulkan pengaruh. Lebih lanjut Samsudin mengatakan bahwa jika peserta pelatihan telah berperilaku sesuai dengan tuntutan pekerjaan, mereka diharapkan dapat memberikan dampak positif terhadap peran. Beberapa cara yang dapat di lakukan untuk mengukur perubahan peran, diantaranya adalah melihat jumlah komplain (keluhan) yang masuk, jumlah penjualan, jumlah produksi per jam, per hari atau per minggu, dan seterusnya.

Menurut Werther dan Davis dalam Sugiarno (2002) bahwa kriteria paling efektif yang digunakan untuk mengevaluasi hasil dari pendidikan dan pelatihan adalah (1) reaksi peserta pelatihan terhadap isi serta proses pendidikan dan pelatihan, (2) pengetahuan yang di peroleh selama mengikuti pendidikan dan pelatihan, (3) perubahan perilaku terhadap hasil pendidikan dan pelatihan, (4) hasil yang di ukur atau kemajuan individu atau organisasi.

Sedangkan menurut Simamora (1997) pengukuran efektivitas pelatihan meliputi (1) reaksi-reaksi, yakni bagaimana perasaan partisipasi terhadap program, (2) belajar, yakni pengetahuan, keahlian, dan sikap-sikap yang diperoleh sebagai hasil dari pelatihan, (3) perilaku yakni perubahan-perubahan yang terjadi pada pekerjaan sebagai akibat dari pelatihan, (4) hasil-hasil yakni dampak pelatihan pada keseluruhan efektivitas organisasi atau pencapaiannya pada tujuan organisasi.

Selain hal di atas, maka sasaran evaluasi adalah unsur-unsur yang ada pada komponen input, proses, output, dan efek serta lingkungan yang mempengaruhi komponen proses dan efek. Unsur-unsur yang menjadi sasaran evaluasi pada masing-masing komponen pelatihan adalah (1) komponen masukan, meliputi kurikulum,

pelatih, peserta, *audio visual aid*, dan lain-lain, (2) komponen proses, meliputi penyelenggaraan pelatihan, proses belajar mengajar, (3) komponen keluaran (*outpot*), meliputi peningkatan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan pada akhir pelatihan, (4) komponen efek. Meliputi penerapan kemampuan peserta (pengetahuan, sikap, dan ketrampilan) di tempat kerja, termasuk atasan, peserta, bawahan serta teman sejawat, (5) komponen lingkungan, meliputi faktor-faktor yang mempengaruhi proses pelatihan, serta faktor yang mempengaruhi penerapan hasil pelatihan di tempat kerja (Depkes RI, 2000³ ,).

5. Materi pelatihan jejaring pengaman (*safe community*)

Pelatihan jejaring pengaman (*safe community*) dilakukan dengan menggunakan metode *off job training* dengan materi pelatihan terdiri dari :

1. Antisipasi musibah dan *triage*

Pelatihan antisipasi wabah memiliki tujuan agar peserta dapat mengantisipasi terjadinya musibah dan *triage*. Materi yang diberikan meliputi :

- a. Definisi musibah dan *triage*.
- b. Tujuan pertolongan.
- c. Antisipasi pertolongan.
- d. Pola operasi pertolongan.
- e. Teknik pertolongan dan di pos lapangan.
- f. *Triage scenario* musibah masal.

2. Pengamanan gizi masyarakat

Pelatihan pengamanan gizi masyarakat di titik beratkan pada pembentukan kadarzi. Pelatihan ini bertujuan agar peserta mampu mempersiapkan pelaksanaan

kegiatan pembinaan pada semua keluarga menuju kadarzi, dengan tujuan khusus agar peserta mampu :

- a. Menjelaskan pengertian dan ruang lingkup kadarzi.
- b. Menjelaskan cara memantau pertumbuhan balita.
- c. Menjelaskan ASI eksklusif dan menyusui yang benar.
- d. Menjelaskan tanda-tanda umum kelainan gizi (gizi kurang dan gizi lebih).
- e. Menjelaskan konsep dasar gizi seimbang.

Pokok bahasan dan sub pokok bahasan sebagai berikut :

Pengertian dan ruang lingkup kadarzi

- a. Batasan Kadarzi.
- b. Indikator perilaku Kadarzi.
- c. Sasaran operasional Kadarzi.
- d. Pembinaan Kadarzi dan sasarannya
 - 1) Pemantauan pertumbuhan Balita (*growth monitoring*).
 - 2) Pengertian pemantauan pertumbuhan.
 - 3) Pemantauan pertumbuhan balita.
 - 4) Pengertian status gizi dalam pemantauan pertumbuhan.
 - 5) Pengertian status gizi dalam penilaian status gizi.
 - 6) Pertumbuhan dan gizi seimbang.

e. ASI eksklusif

1. Pengertian ASI dan batasan ASI eksklusif.
2. Keunggulan ASI dan manfaat menyusui.
3. Manajemen laktasi.
4. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan menyusui.

f. Langkah-langkah penanggulangannya masalah gizi :

1. KEP (Kekurangan Energi Protein).
2. KVA (Kekurangan Vitamin A).
3. AGB (Anemia Gizi Besi)
4. GAKY (Gangguan Akibat Kekurangan Yodium).
5. Obesitas dan kegemukan.
6. Konsep dasar gizi seimbang.
7. 5 (Lima) kelompok zat gizi, air, dan serat.
8. Cara menyusun hidangan sehat.
9. Nasehat gizi.

3. Promosi kesehatan

Pelatihan kesehatan bertujuan agar peserta dapat memahami konsep promosi kesehatan dan dapat melakukan promosi kesehatan kepada masyarakat. Materi yang diberikan dalam pelatihan ini meliputi :

1. Konsep pemberdayaan masyarakat.
2. Langkah-langkah pemberdayaan masyarakat melalui PKMD.
3. Konsep *community organization*.
4. Konsep kemitraan.
5. Strategi dasar promosi kesehatan.
6. Konsep advokasi.

4. Pengamatan penyakit menular

Pelatihan pengamatan penyakit menular bertujuan agar peserta dapat menerapkan surveilans berbasis masyarakat. Materi pelatihan yang diberikan meliputi :

1. Pengertian surveilans.
2. Konsep surveilans berbasis masyarakat.
3. Model surveilans berbasis masyarakat.
4. Tujuan surveilans berbasis masyarakat.
5. Pengertian SKD dan KLB.
6. Ruang lingkup SKD dan KLB.
7. Variabel dan sumber data SKD KLB.
8. Jenis faktor risiko yang diamati.
9. Indikator untuk SKD dan KLB.
10. Mekanisme surveilans.
11. Teknik pelaporan.

5. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagiannya). Dengan sendirinya dengan waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera pengelihatian (mata). Pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda.

1. Tingkat pengetahuan

Secara garis besar dibagi menjadi empat tingkat pengetahuan, yaitu :

a. Tahu

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (mengingat kembali) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

b. Memahami

Memahami suatu obyek bukan sekedar tahu terhadap obyek tersebut, tidak sekedar menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang obyek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami obyek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisis

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan /atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau obyek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas obyek tersebut.

e. Sintesis

Sintesa menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang memiliki. Dengan kata lain, sintesa adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek tertentu.

Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat (Notoatmodjo, 2005:50-52).

1. Cara memperoleh pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan dibagi dalam 2 kelompok :

a. Cara tradisional

Cara ini di pakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistemik dan logis.

b. Cara modern atau cara ilmiah

Cara modern dilakukan dengan cara mengembangkan metode bersifat induktif dan melakukan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan (Notoatmodjo, 2003).

6. Perilaku

1. Pengertian perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, bicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003 : 114).

Skinner (1998) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespons. Skinner membedakan adanya dua respons yaitu :

a. *Respondent response* atau *reflexive*, yaitu respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu.

b. *Operant response* atau *instrumental response*, yaitu respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu (Notoatmodjo, 2003 : 118).

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus, perilaku dibedakan menjadi dua yaitu :

a. Perilaku tidak tampak

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan / kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

b. Perilaku tampak

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain (Notoatmodjo, 2005 : 44).

2. Bentuk perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut. Respon ini berbentuk 2 macam yakni :

- a. Bentuk pasif adalah respons internal yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya seseorang yang menganjurkan orang lain untuk melakukan perawatan payudara meskipun ia sendiri tidak melakukannya.
- b. Bentuk aktif yaitu apabila perilaku ini jelas dapat diobservasi secara langsung. Misalnya orang yang sudah pernah melakukan perawatan payudara. Oleh karena perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata maka disebut *overt behaviour*.

3. Faktor yang mempengaruhi perilaku

Gejala jiwa yang saling mempengaruhi dalam pikiran manusia antara lain :

a. Pengamatan

Pengamatan adalah pengenalan obyek dengan cara melihat, mendengar, meraba, membau, dan mengecap. Sedangkan melihat, mendengar, meraba, membau, dan mengecap itu sendiri modalitas pengamatan.

b. Perhatian

Ada dua batasan tentang perhatian, yaitu sebagai berikut :

1. Perhatian adalah pemusatan energi psikis yang tertuju kepada suatu obyek.

Perhatian adalah banyak sedikitnya kesadaran yang menyertai suatu aktivitas yang sedang dilakukan.

a. Tanggapan

Setelah melakukan pengamatan maka akan terjadi gambaran yang tinggal dalam ingatan inilah yang disebut tanggapan.

b. Fantasi

Fantasi adalah kemampuan untuk membentuk tanggapan-tanggapan yang telah ada. Dalam proses belajar mengajar, fantasi ini sangat penting, dan terwujud dalam daya kreativitas sasaran belajar.

c. Ingatan

Ingatan adalah kemampuan untuk menerima, menyimpan, dan memproduksi kesan-kesan. Ingatan yang baik mempunyai sifat-sifat cepat, setia, teguh, luas, dan siap.

d. Berpikir

Berpikir adalah aktivitas yang sifatnya idealistis yang mempergunakan abstraksi, dalam berpikir, orang meletakkan hubungan antara bagian informasi yang ada pada dirinya berupa pengertian- pengertian.

e. Motif

Motif adalah suatu dorongan dalam diri seseorang yang menyebabkan orang tersebut melakukan kegiatan-kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan. Motif tidak dapat diamati. Yang dapat diamati adalah kegiatan atau mungkin alasan alasan tindakan tersebut (Notoatmodjo, Azwar 2003 : 2007).

7. Perilaku kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta

lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 (tiga kelompok) :

1). Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh karena itu perilaku kesehatan ini terdiri dari 3 (tiga) aspek.

(a). Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.

(b). Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan disini, bahwa kesehatan ini sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehatpun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.

(c). Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi sebaiknya makanan dan minuman dapat menjadi menurunkan kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2). Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*).

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

3). Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

8. Bidan Desa

Menurut Depkes RI (2007) bidan adalah seorang perempuan yang lulus pendidikan bidan, yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktek kebidanan.

Menurut buku pedoman bidan di tingkat desa disebutkan Bidan Desa adalah bidan yang ditempatkan dan bertugas di desa mempunyai wilayah kerja satu sampai dua desa. Dalam menjalankan tugas pelayanan kesehatan baik di dalam maupun di luar jam kerja harus bertanggung jawab terhadap kepala Puskesmas (Depkes RI, 1992).

Wewenang umum bidan yaitu bidan yang melayani pertolongan persalinan, mengawasi kehamilan, penyuluhan kehamilan risiko tinggi mengawasi pertumbuhan dan perkembangan anak. (Depkes RI, 2000² ,). Kewenangan bidan yang secara rinci dalam menjalankan tugasnya adalah (1) kewenangan umum yaitu kewenangan yang diberikan untuk menjalankan tugas yang dapat di pertanggung-jawabkan secara mandiri, (2) kewenangan khusus yaitu kewenangan untuk melaksanakan kegiatan yang memerlukan pengawasan dokter, tanggung jawab pelaksanaannya berada pada dokter yang memberikan wewenang tersebut, (3) kewenangan pada keadaan darurat yaitu kewenangan melakukan kewenangan pertolongan pertama untuk menyelamatkan penderita atas tanggung jawabnya sebagai insan profesi. Segera

setelah melakukan tindakan darurat tersebut bidan diwajibkan membuat laporan ke Puskesmas di wilayah kerjanya,

(4) kewenangan tambahan yaitu, bidan dapat diberi wewenang tambahan oleh atasannya dalam melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat lainnya, sesuai dengan program pemerintah, pendidikan, dan pelatihan yang diterimanya.

Sesuai dengan kewenangan bidan yang di atur oleh peraturan Menteri Kesehatan Nomor 363/Menkes/per/1X/1980 maka ada 15 macam kegiatan pokok Bidan Desa. Kegiatan tersebut adalah (1) mengenal wilayah, struktur kemasyarakatan, dan komposisi penduduk serta sistem pemerintahan desa, (2) mengumpulkan dan menganalisa data serta mengidentifikasi masalah kesehatan untuk merencanakan penanggulangannya, (3) menggerakkan peran serta masyarakat melalui pendekatan PKMD dengan melaksanakan pertemuan tingkat desa (PTD) survai mawas diri (SMD) dan musyawarah masyarakat desa (MMD) yang diikuti dengan menghimpun dan melatih kader sesuai dengan kebutuhan, (4) memberikan bimbingan teknik kepada kader-kader dan memberikan pelayanan langsung di meja lima pada setiap kegiatan Posyandu dalam wilayah kerjanya, terutama pelayanan KIA dan KB serta membantu pelaksanaan imunisasi, (5) melaksanakan pembinaan anak pra sekolah TK dan masyarakat, (6) melakukan pemeriksaan keadaan kesehatan lingkungan, (7) memberikan pertolongan persalinan, (8) memberikan pertolongan pada pasien (orang sakit), kecelakaan dan kedaruratan, (9) melatih dan membina dukun bayi agar mampu melaksanakan penyuluhan dan membantu deteksi dini ibu hamil risiko tinggi, (10) melatih dan membina ketua kelompok dasa wisma dalam bidang kesehatan secara berkala sesuai dengan kebutuhan setempat, (11)

menggerakkan masyarakat agar melaksanakan kegiatan dana sehat di wilayah kerjanya,

(12) mencatat semua kegiatan yang dilakukan dan melaporkan secara berkala kepada kepala Puskesmas sesuai dengan ketentuan. Bekerja sama dengan staf Puskesmas dan lembaga sektor lain yang ada di desa antara lain PLKB, pamong setempat dalam rangka pelayanan kesehatan dan pembinaan peran serta masyarakat, (13) menghadiri rapat staf (loka karya mini) Puskesmas setiap bulan, (14) melaksanakan upaya kesehatan sekolah di desa wilayah kerjanya, (15) merujuk penderita dengan kelainan jiwa dan melakukan perawatan / pengobatan tindak lanjut pasien dengan kelainan jiwa yang di rujuk oleh Puskesmas.

Kegiatan-kegiatan yang harus di laksanakan antara lain : (1) pendataan sasaran (ibu hamil, bayi balita, nifas) setiap bulan secara dinamis, (2) membuat rencana operasional (harian, bulanan, dan tahunan), (3) mengisi kohort dengan, (4) membuat peta sasaran, (5) membuat *autopsy verbal* maternal dan perinatal, (6) melaksanakan pendampingan persalinan dukun bayi, (7) mengikuti pertemuan pertemuan pembinaan di tingkat Puskesmas maupun Kabupaten, (8) mencatat hasil kegiatan, melaporkan hasil kegiatan dan membuat data dinding hasil pelayanan kegiatan, (9) mengisi dan menguasai formulir daftar pemeriksaan (*check list*) supervisi pembinaan Bidan Desa, (10) memberikan pelayanan (*anternal care*, pertolongan persalinan, rujukan, dan pelayanan keluarga berencana / KB), (11) melaksanakan deteksi dini risiko tinggi dan tindak lanjut rujukan (Depkes RI, 1992). Di Kabupaten Blitar setiap Poskesdes dikelola oleh sekurang-kurangnya satu orang Bidan Desa dan dibantu kader kesehatan.

Kaitan pelatihan *safe community* dengan pengembangan Desa Siaga

Pendekatan pengembangan Desa Siaga dilakukan dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat yang dimaksud adalah membantu / memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran (pengorganisasian masyarakat). Yaitu dengan menempuh tahap-tahap (1) mengidentifikasi masalah penyebab masalah dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah, (2) mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif pemecahan masalah, (3) menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan dan melaksanakan, serta memantau, mengevaluasi, dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan (Depkes RI, 2006¹ ,).

Dalam pemberdayaan masyarakat di desa sangat tergantung oleh peran petugas kesehatan yang ada di desa tersebut. Di Kabupaten Blitar satu-satunya sumber daya manusia kesehatan yang jumlahnya sangat banyak dan keberadaannya cukup merata diseluruh desa adalah Bidan Desa. Bidan Desa adalah pihak yang mempunyai pengaruh terhadap pemberdayaan masyarakat yang dapat menciptakan iklim kondusif untuk melakukan perubahan perilaku individu dan keluarga di desa. Hal tersebut sesuai dengan wewenang, tugas pokok, dan kegiatan yang dapat dilakukan Bidan Desa.

Penilaian hasil pelatihan *safe community* bagi kader kesehatan dan Bidan Desa dalam pengembangan Desa Siaga dapat dilihat dari keberhasilan kader dan Bidan Desa menjalankan tugas pokok dan kegiatan sesuai dengan kewenangannya sebagai Bidan Desa dan kader dalam mengelola komponen-komponen yang membentuk sistem kesehatan desa yang terdiri dari upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sumber daya obat, dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan (Depkes, 2007).

Dalam mengelola Pos Kesehatan Desa dan melakukan pemberdayaan masyarakat, bidan harus mampu melakukan manajemen kerja dengan baik. Bidan melakukan manajemen kerja melalui pendekatan fungsi manajemen. Menurut Teri dalam Sarwoto (1991) mengelompokkan dan membedakan rangkaian kegiatan manajemen dalam empat fungsi pokok yaitu *planning* (perencanaan), *organising* (perorganisasian), *actuating* (pengarahan), dan *controlling* (pengendalian).

Sedangkan Sirait (2006) memberikan penjelasan fungsi-fungsi manajemen sebagai berikut :

a. Perencanaan

Perencanaan berarti menetapkan terlebih dahulu program-program yang dapat memberikan andil terhadap pencapaian tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi.

b. Pengorganisasian

Setelah program-program disusun dan ditetapkan, perlu dibentuk organisasi yang akan melaksanakan program-program tadi, organisasi adalah alat untuk mencapai tersebut.

c. Pengarahan

Fungsi ini akan menumbuhkan kemauan pegawai untuk mulai bekerja secara efektif.

d. Pengendalian

Kegiatan yang biasa dilakukan dalam proses pengendalian berupa observasi terhadap kegiatan-kegiatan dengan perencanaan. Di samping itu juga

melakukan koreksi-koreksi terhadap penyimpangan yang terjadi selama rencana sedang dilaksanakan.

9. Desa Siaga

1. Definisi

Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah- masalah kesehatan, bencana, dan kegawat daruratan kesehatan secara mandiri. Sebuah desa dikatakan menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) (Depkes, 2007).

2. Tujuan Desa Siaga

Tujuan umum

Terwujudnya masyarakat desa yang sehat serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya.

Tujuan khusus

1. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan.
2. Meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan.
3. Meningkatkan keluarga sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat.
4. Meningkatkan kesehatan lingkungan desa.
5. Meningkatkan kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan.

3. Sasaran pengembangan Desa Siaga.

1. Semua individu dan keluarga di desa yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.
2. Para pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut.
3. Para pihak yang diharapkan memberi dukungan kebijakan, peraturan perundangan, dana, tenaga, sarana, dan lain-lain.

4. Pos kesehatan desa

Poskesdes adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan / menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. UKBM yang sudah dikenal luas oleh masyarakat yaitu Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Warung Obat Desa, Pondok Persalinan Desa (Polindes), Kelompok Pemakai Air, Arisan Jamban Keluarga, dan lain-lain (Depkes, 2007).

Untuk dapat menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa, Poskesdes memiliki kegiatan :

Pengamatan epidemiologi sederhana terhadap penyakit terutama penyakit menular yang berpotensi menimbulkan :

1. Kejadian Luar Biasa (KLB) dan faktor risikonya termasuk status gizi serta kesehatan ibu hamil yang berisiko.
2. Penanggulangan penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB serta faktor risikonya termasuk kurang gizi.

3. Kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan kegawat darutan kesehatan.
4. Pelayanan medis dasar sesuai dengan kompetensinya.
5. Promosi kesehatan untuk peningkatan keluarga sadar gizi, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), penyehatan lingkungan, dan lain-lain.

Dengan demikian Poskesdes diharapkan sebagai pusat pengembangan atau revitalisasi berbagai UKBM yang ada di masyarakat desa. Dalam melaksanakan kegiatan tersebut, Poskesdes harus didukung oleh sumber daya seperti tenaga kesehatan (minimal seorang bidan) dengan dibantu oleh sekurang-kurangnya 2 orang kader. Selain itu juga harus disediakan sarana fisik berupa bangunan, perlengkapan dan peralatan kesehatan serta sarana komunikasi seperti tilpon, ponsel atau kurir.

Untuk sarana fisik Poskesdes dapat dilaksanakan melalui berbagai cara / alternatif yaitu mengembangkan Polindes yang telah ada menjadi Poskesdes, memanfaatkan bangunan yang sudah ada misalnya Balai Warga / RT, Balai Desa dan lain-lain serta membangun baru yaitu dengan pendanaan dari pemerintah (Pusat atau Daerah), donatur, dunia usaha, atau swadaya masyarakat.

5. Tahapan pembentukan dan pengembangan Desa Siaga

Syarat bagi sebuah desa dikatakan sebagai Desa Siaga adalah apabila di desa tersebut telah terdapat sebuah Poskesdes. Berdasarkan definisinya, Poskesdes adalah upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan / menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa.

Karena Poskesdes merupakan sebuah upaya kesehatan yang bersumber daya dari masyarakat maka untuk mewujudkannya masyarakat harus berdaya, untuk itu diperlukan pemberdayaan. Menurut Kartasasmita (1995), pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan memperkuat potensi atau daya yang dimiliki masyarakat (*empowering*).

Menurut Dinas Kesehatan Jawa Timur (2006³ ,), pengembangan Desa Siaga dilaksanakan dengan membantu / memfasilitasi / mendampingi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus atau spiral pemecahan masalah yang terorganisasi yang dilakukan oleh forum masyarakat desa (pengorganisasian masyarakat), yaitu dengan menempuh tahap-tahap :

1. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumberdaya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
2. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah.
3. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak merencanakan dan melaksanakannya, serta
4. Memantau, mengevaluasi, dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

Meskipun di lapangan banyak variasi pelaksanaannya, namun secara garis besar langkah-langkah pokok yang perlu ditempuh adalah sebagai berikut :

1. Pengembangan tim petugas

Langkah ini merupakan awal kegiatan, sebelum kegiatan-kegiatan lainnya dilaksanakan. Tujuan langkah ini adalah mempersiapkan para petugas kesehatan yang berada di wilayah Puskesmas, baik petugas teknik maupun petugas

administrasi. Persiapan para petugas ini bisa berbentuk sosialisasi, pertemuan atau pelatihan yang bersifat konsolidasi, yang disesuaikan dengan kondisi setempat.

Keluaran atau *output* dari langkah ini adalah para petugas yang memahami tugas dan fungsinya, serta siap bekerja sama dalam satu tim untuk melakukan pendekatan kepada pemangku kepentingan dan masyarakat.

2. Pengembangan tim di masyarakat

Tujuan langkah ini adalah untuk mempersiapkan para petugas, tokoh masyarakat, serta masyarakat (forum masyarakat desa), agar mereka tahu dan mau bekerja sama dalam satu tim untuk mengembangkan Desa Siaga. Dalam langkah ini termasuk kegiatan advokasi kepada para penentu kebijakan, agar mereka mau memberikan dukungan, baik berupa kebijakan atau anjuran, serta restu, maupun dana atau sumber daya lain, sehingga pengembangan Desa Siaga dapat berjalan dengan lancar. Sedangkan pendekatan kepada tokoh-tokoh masyarakat bertujuan agar mereka memahami dan mendukung, khususnya dalam membentuk opini publik guna menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangan Desa Siaga.

Jadi dukungan yang diharapkan dapat berupa dukungan moral, dukungan finansial atau dukungan material, sesuai kesepakatan dan persetujuan masyarakat dalam rangka pengembangan Desa Siaga.

Jika di daerah tersebut telah terbentuk wadah-wadah kegiatan masyarakat di bidang kesehatan seperti forum kesehatan desa, consil kesehatan kecamatan atau badan penyantun Puskesmas, lembaga pemberdayaan desa, PKK, serta organisasi kemasyarakatan lainnya, hendaknya lembaga-lembaga ini diikut sertakan dalam setiap pertemuan dan kesepakatan.

6. Survei mawas diri

Survei mawas diri (SMD) atau telaah mawas diri (TMD) atau *community self survey* (CSS) bertujuan agar pemuka-pemuka masyarakat mampu melakukan telaah mawas diri untuk desanya. Survei harus dilakukan oleh pemuka-pemuka masyarakat setempat dengan bimbingan tenaga kesehatan. Dengan demikian, diharapkan mereka menjadi sadar akan permasalahan yang dihadapi di desanya, serta bangkit niat atau tekad untuk mencari solusinya, termasuk membangun Poskesdes sebagai upaya mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa. Untuk itu, sebelumnya perlu dilakukan pemilihan dan pembekalan ketrampilan bagi mereka.

Keluaran atau output dari SMD ini berupa identifikasi masalah-masalah kesehatan serta daftar potensi di desa yang dapat didaya gunakan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut, termasuk dalam rangka membangun Poskesdes.

1. Musyawarah masyarakat desa

Tujuan penyelenggaraan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) ini adalah mencari alternatif penyelesaian masalah kesehatan dan upaya membangun Poskesdes dikaitkan dengan potensi yang dimiliki desa. Di samping itu juga untuk menyusun rencana jangka panjang pengembangan Desa Siaga.

Inisiatif penyelenggaraan musyawarah sebaiknya berasal dari tokoh masyarakat yang telah sepakat mendukung pengembangan Desa Siaga. Peserta musyawarah adalah tokoh-tokoh masyarakat, tokoh-tokoh perempuan dan generasi muda setempat. Bahkan sedapat mungkin dilibatkan pula kalangan dunia usaha yang mau mendukung pengembangan Desa Siaga dan kelestariannya (untuk itu diperlukan advokasi).

Data serta temuan lain yang diperoleh pada saat SMD disampaikan, utamanya adalah daftar masalah kesehatan, data potensi, serta harapan masyarakat.

Hasil pendataan tersebut dimusyawarahkan untuk penentuan prioritas, serta langkah-langkah solusi untuk pembangunan Poskesdes dan pengembangan Desa Siaga.

1. Pelaksanaan kegiatan

Secara operasional pembentukan Desa Siaga dilakukan dengan kegiatan sebagai berikut :

2. Pemilihan pengurus dan kader Desa Siaga

Pemilihan pengurus dan kader Desa Siaga dilakukan melalui pertemuan khusus para pimpinan formal desa dan tokoh masyarakat serta beberapa wakil masyarakat. Pemilihan dilakukan secara musyawarah dan mufakat, sesuai dengan tata cara dan kriteria yang berlaku, dengan difasilitasi oleh Puskesmas.

3. Orientasi / pelatihan kader Desa Siaga

Sebelum melaksanakan tugasnya, kepada pengelola dan kader desa yang telah ditetapkan perlu diberikan orientasi atau pelatihan. Orientasi / pelatihan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota sesuai dengan pedoman orientasi / pelatihan yang berlaku.

Materi orientasi / pelatihan mencakup kegiatan yang akan dilaksanakan di desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga (sebagaimana telah dirumuskan dalam rencana operasional), yaitu meliputi pengelolaan Desa Siaga secara umum, pembangunan dan pengelolaan Poskesdes, pembangunan dan pengelolaan UKBM lain serta hal-hal penting terkait seperti kehamilan dan persalinan sehat, siap antar jaga, keluarga sadar gizi, posyandu, kesehatan lingkungan, pencegahan penyakit

menular, penyediaan air bersih, dan penyehatan lingkungan pemukiman (PAB PLP), kegawat daruratan sehari-hari, kesiap-siagaan bencana.

Keadaan Luar Biasa (KLB), Pos Obat Desa (POD), diversifikasi pertanian tanaman pangan dan pemanfaatan pekarangan melalui Taman Obat Keluarga (TOGA), kegiatan surveilans, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan lain- lain.

4. Pengembangan Poskesdes dan UKBM lain.

Dalam hal ini pembangunan Poskesdes bisa dikembangkan dari Polindes yang sudah ada. Apabila tidak ada Polindes, maka perlu dibahas dan dicantumkan dalam rencana kerja alternatif lain pembangunan Poskesdes. Dengan demikian diketahui bagaimana Poskesdes tersebut akan diadakan membangun baru dengan fasilitas dari Pemerintah, membangun baru dengan bantuan dari donatur, membangun baru dengan swadaya masyarakat atau memodifikasi bangunan lain yang ada.

Bilamana Poskesdes sudah berhasil diselenggarakan, kegiatan dilanjutkan dengan membentuk UKBM-UKBM lain seperti Posyandu dan lain-lain dengan berpedoman kepada panduan yang berlaku.

5. Penyelenggaraan kegiatan Desa Siaga

Dengan telah adanya Poskesdes, maka desa yang bersangkutan telah ditetapkan sebagai Desa Siaga. Setelah Desa Siaga resmi dibentuk, dilanjutkan dengan pelaksanaan kegiatan Poskesdes secara rutin, yaitu pengembangan sistem surveilans berbasis masyarakat, pengembangan kesiapsiagaan, dan penanggulangan kegawat daruratan, dan bencana, pemberantasan penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, penggalangan dana, pemberdayaan masyarakat menuju kadarzi dan PHBS serta penyehatan lingkungan. Di Poskesdes

diselenggarakan pula pelayanan UKBM-UKBM lain seperti Posyandu dan lain-lain dengan berpedoman kepada panduan yang berlaku.

Secara berkala kegiatan Desa Siaga di bimbing dan dipantau oleh Puskesmas, yang hasilnya dipakai sebagai masukan untuk perencanaan dan pengembangan Desa Siaga selanjutnya secara lintas sektoral.

6. Pembinaan dan peningkatan

Mengingat permasalahan kesehatan sangat dipengaruhi oleh peran sektor lain, serta adanya keterbatasan sumberdaya, maka untuk memajukan Desa Siaga perlu adanya pengembangan jejaring kerjasama dengan berbagai pihak. Perwujudan dari pengembangan jejaring Desa Siaga dapat dilakukan melalui temu jejaring UKBM secara internal di dalam desa sendiri dan atau temu jejaring antar Desa Siaga (minimal sekali dalam setahun). Upaya ini selain memantapkan kerjasama, juga diharapkan dapat menyediakan wahana tukar menukar pengalaman dan memecahkan masalah masalah yang dihadapi bersama. Yang juga tidak kalah pentingnya adalah pembinaan jejaring lintas sektor, khususnya dengan program-program pembangunan yang bersasaran desa.

Salah satu kunci keberhasilan dan kelestarian Desa Siaga adalah keaktifan para kader. Oleh karena itu, dalam rangka pembinaan perlu dikembangkan upaya upaya untuk memenuhi kebutuhan pada kader agar tidak drop out, kader-kader yang memiliki motivasi memuaskan kebutuhan sosial psikologisnya harus diberi kesempatan seluas-luasnya untuk mengembangkan kreativitasnya. Sedangkan kader-kader yang masih dibebani dengan pemenuhan kebutuhan dasarnya, harus dibantu untuk memperoleh pendapatan tambahan, misalnya dengan pemberian gaji / insentif atau fasilitas agar dapat berwira usaha.

Dalam proses pemberdayaan inilah diperlukan peran pendamping untuk mengarahkan sumberdaya apa saja yang dapat mendukung dalam pengembangan Desa Siaga. Berkaitan dengan keterlibatan fasilitator (pelaku pemberdayaan) dalam mengawal proses pemberdayaan terhadap warga masyarakat, Sumodiningrat (2000) menjelaskan bahwa, pemberdayaan tidak bersifat selamanya, melainkan sampai target masyarakat mampu mandiri, dan kemudian dilepas untuk mandiri, meskipun dari jauh tetap dipantau agar tidak jatuh lagi. Meskipun demikian dalam rangka menjaga kemandirian tersebut tetap dilakukan pemeliharaan semangat, kondisi, dan kemampuan secara terus menerus supaya tidak mengalami kemunduran.

Sedangkan pengembangan Desa Siaga di indikasikan dengan faktor- faktor sebagai berikut :

1. Adanya forum masyarakat desa.
2. Memiliki pelayanan kesehatan dasar.
3. Ada UKBM mandiri yang dibutuhkan masyarakat desa setempat.
4. Dibina Puskesmas ponded (pelayanan obstetri neonatal dasar).
5. Memiliki sistem surveilans (faktor risiko dan penyakit) berbasis masyarakat.
6. Memiliki sistem kewaspadaan dan kegawat daruratan bencana berbasis masyarakat.
7. Memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat.
8. Memiliki lingkungan yang sehat.
9. Masyarakatnya berperilaku hidup bersih dan sehat.

Dengan kriteria pencapaian Desa Siaga sebagai berikut :

1. Bina jika memenuhi indikator 1 sampai dengan 3.
2. Tumbuh jika memenuhi indikator 1 sampai dengan 5.

3. Kembang jika memenuhi indikator 1 sampai dengan 7.
4. Mandiri / paripurna jika memenuhi indikator 1 sampai dengan 9.

10. Hubungan pelatihan *safe community* dengan pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga.

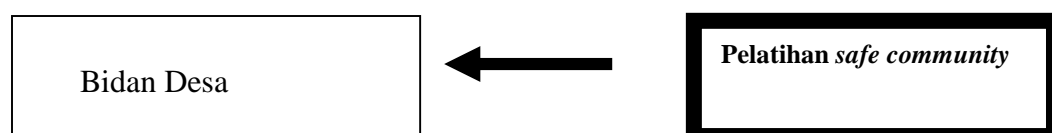
Menurut Noe (2003). Pelatihan adalah upaya terencana dari sebuah organisasi dalam memfasilitasi pembelajaran yang dilakukan karyawan terkait dengan kompetensi yang mereka miliki dalam menyelesaikan tugas dan pekerjaannya. Kompetensi dimaksud meliputi pengetahuan, kemampuan / keahlian dan perilaku yang sangat penting bagi kesuksesan peran karyawan. Pelatihan ditujukan untuk memperkuat kompetensi karyawan dalam hal pengetahuan, kemampuan / keahlian dan perilaku yang diberikan pada program pelatihan sehingga mampu diaplikasikan pada kegiatan penyelesaian tugas. Selain itu untuk meraih keunggulan kompetitif dengan melibatkan lebih dari sekedar pengembangan kemampuan dasar. Pelatihan *safe community* adalah salah satu bentuk upaya meningkatkan pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam kegawat daruratan medik berdasarkan kompetensi, pengamatan penyakit berbasis masyarakat, masalah gizi, promosi kesehatan, yang pada gilirannya akan dapat mempercepat pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Blitar sedangkan fungsi Poskesdes adalah (1) sebagai tempat untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan masyarakat, (2) sebagai tempat untuk melakukan pembinaan kader / pemberdayaan masyarakat serta forum komunikasi pembangunan kesehatan desa, (3) sebagai tempat memberikan pelayanan kesehatan dasar termasuk kefarmasian sederhana untuk deteksi dini dan penanggulangan pertama kasus kegawat darurat (DinKes Jatim, 2001).

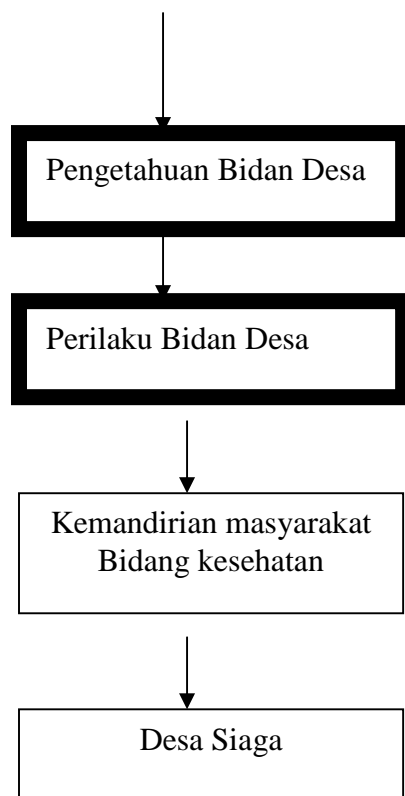
meliputi (1) pelayanan kesehatan ibu, (2) pelayanan KB, (3) pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh *safe community*) pelayanan kesehatan Neonatal, Bayi, Balita, dan Pra sekolah, (4) pelayanan imunisasi dasar bayi, (5) pelayanan gizi, (6) perawatan kesehatan untuk kasus dengan gejala tertentu, (7) pelayanan pengobatan sederhana dan deteksi dini penyakit, (8) pelayanan kegawat daruratan, (9) pelayanan laboratorium, (10) pelayanan kefarmasian (DinKes Jatim, 2006² ,).

Indikator keberhasilan pelatihan *safe community* adalah (1) keberhasilan proses pembangunan berwawasan kesehatan, (2) keberhasilan pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat, (3) keberhasilan pelayanan kesehatan, (4) keberhasilan kesehatan masyarakat.

B. KERANGKA KONSEPTUAL

Kerangka konseptual yang dikembangkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :





Gambar 2.1. Bagan Kerangka Konseptual

Keterangan : Yang **bercetak tebal** yang diteliti

C. Hipotesis Penelitian

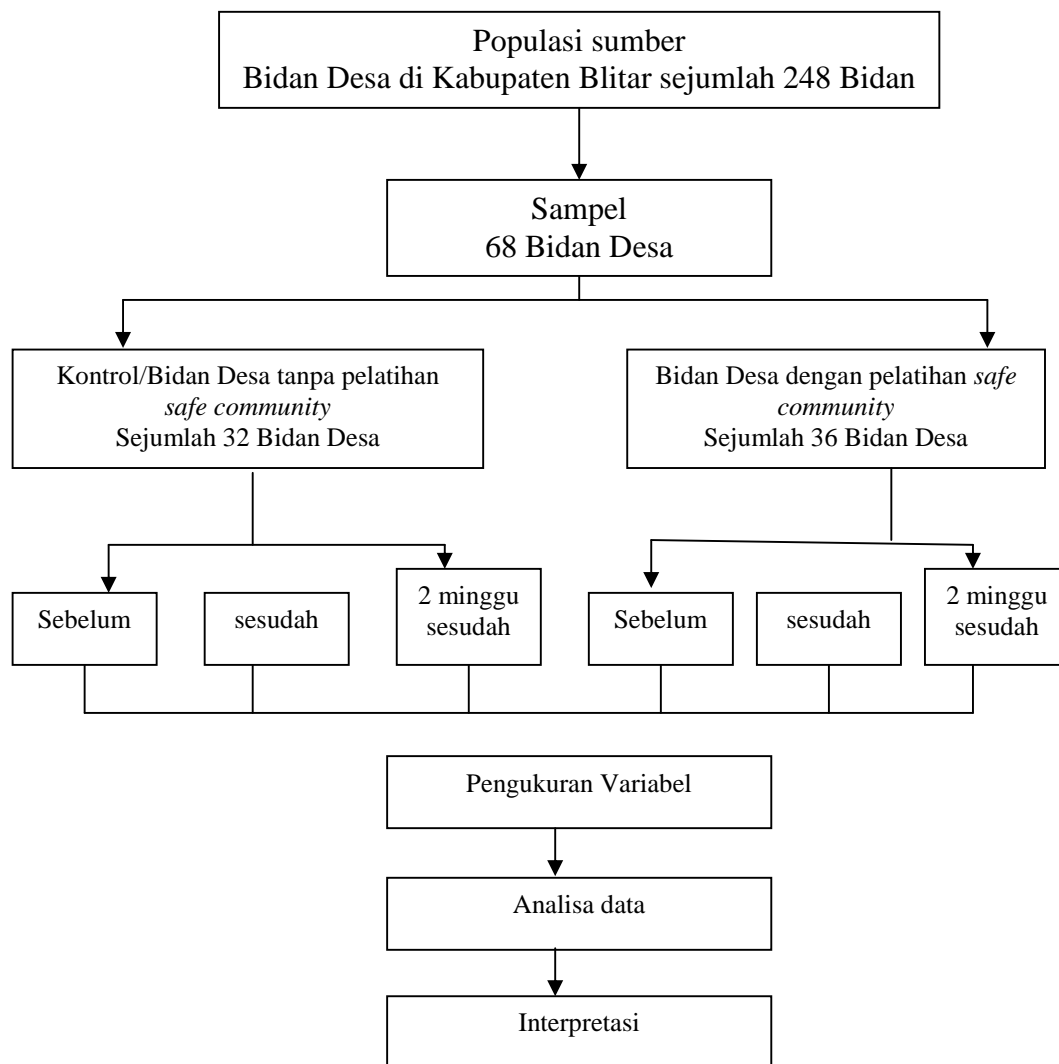
Ada pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan dan p u
Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. DESAIN PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik dengan pendekatan eksperimen kuasi yaitu *before and after with control design* (Murti, 2004).



Gambar 3.1 Bagan desain penelitian

B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

Tempat penelitian adalah di Kabupaten Blitar dan waktu penelitian adalah bulan Juni dan Juli, tahun 2008.

C. SUBYEK PENELITIAN

1. Populasi sumber adalah Bidan Desa di Kabupaten Blitar yang dicanangkan diberi pelatihan *safe community* oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, berjumlah 248 Bidan Desa.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi Bidan Desa dari desa yang dicanangkan sebagai Desa Siaga di Kabupaten Blitar berjumlah 68 orang Bidan Desa.

3. Teknik sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*, pengambilan sampel dengan mempertimbangkan kondisi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti (Murti, 2004).

Metode untuk memilih subyek penelitian dengan pembatasan tertentu disebut retriaksi, disebut juga *admissibility criteria* (Gerstman, 1998 dalam Murti. 2004) mencakup kriteria inklusi dan eksklusi. Agar diperoleh kesimpulan yang benar (*valid*) tentang hubungan / pengaruh variabel, maka pada tahap pengumpulan data peneliti harus mengukur variabel-variabel dengan benar dan tidak bias pada subyek penelitian dari masing-masing kelompok studi. Adapun dalam penelitian ini kriteria inklusinya adalah sebagai berikut :

Kriteria inklusi :

1. Merupakan Bidan Desa.
2. Status PNS / CPNS / PTT.
3. Berusia kurang dari 36 tahun.
4. Pendidikan terakhir P2B atau diploma III kebidanan.
5. Tidak mengikuti pelatihan / kursus manajemen yang lain dalam 1 tahun terakhir.
6. Lama bekerja minimal 1 tahun.

Penjelasan kriteria inklusi :

Untuk mendapatkan unit analisa yang homogen sehingga meminimalkan bias baik bias seleksi atau bias deteksi.

4. Besar sampel

Menurut Murti (2006¹,) ukuran sampel minimal untuk analisis bivariat setelah melakukan restriksi terhadap populasi sumber adalah 30 subyek. Pada penelitian ini sebagai unit analisa adalah Bidan Desa sebanyak 36 responden, dan sebagai kontrol adalah Bidan Desa sebanyak 32 responden yang diambil secara *purposive*.

D. VARIABEL PENELITIAN

Dalam penelitian ini variabelnya adalah :

1. Variabel independen :

Pelatihan *safe community* kepada Bidan Desa.

2. Variabel dependen :

- Pengetahuan Bidan Desa tentang *safe community* dalam mengembangkan Desa Siaga.
- Perilaku Bidan Desa tentang *safe community* dalam mengembangkan Desa Siaga.

E. DEFINISI OPERASIONAL

1. Pelatihan *safe community*

a. Adalah proses pendidikan jangka pendek yang sistematis dan terorganisir untuk mencapai skill / ketrampilan yang spesifik tentang *safe community*, penanganan kegawat daruratan medik sesuai kompetensi dan kewenangan, promosi kesehatan, penanggulangan penyakit menular berbasis masyarakat, dan deteksi gangguan gizi oleh masyarakat dalam bingkai Desa Siaga yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.

b. Alat ukur

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner / *check list*

Dikategorikan :

1. Subyek yang mengikuti pelatihan.
2. Subyek yang tidak mengikuti pelatihan.

c. Skala data

Skala data : kategorikal (Murti, 2006² ,).

2. Pengetahuan tentang *safe community*

adalah segala sesuatu dari hasil tahu Bidan Desa tentang *safe community* yang didapat dari pelatihan *safe community* yang diadakan Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar terdiri dari pengetahuan sebelum pelatihan, pengetahuan setelah pelatihan, dan pengetahuan 2 minggu setelah pelatihan *safe community*.

b. Alat ukur

Alat ukur menggunakan koesioner dengan 20 pertanyaan / *check list*

Variasi nilai : Benar = 1, Salah = 0

c. Skala data

Skala data : Kontinu (Murti, 2006² ,)

3. Perilaku bidan di desa tentang *safe community*

Adalah segala sesuatu yang berupa tindakan dan perbuatan yang terkait dengan pelaksanaan Desa Siaga yang terdiri dari perilaku sebelum pelatihan, perilaku setelah pelatihan dan 2 minggu setelah pelatihan *safe community*.

Instrumen / alat ukur : lembar observasi / *check list*

Skala data : skala kontinu.

b. Alat ukur menggunakan koesioner dengan 20 pertanyaan

Variasi nilai : Ya = 1, Tidak = 0

c. Skala data

Skala data : Kontinu (Murti, 2006² ,)

Tabel 1. Kisi-kisi kuesioner

F. KISI-KISI KUESIONER

Variabel	Indikator	Nomor item soal
1. <i>Safe community</i> / Desa Siaga.	Pengetahuan dan perilaku	1, 2, 3, dan 4.
2. Promosi Kesehatan.	Pengetahuan dan perilaku	5, 6,7, dan 8.
3. Pemberantasan Penyakit Berbasis Masyarakat.	Pengetahuan dan perilaku	9, 10, 11, dan 12.
4. Kadarzi.	Pengetahuan dan perilaku	13, 14, 15, dan 16.
5. Kegawat darutan.	Pengetahuan dan perilaku	17, 18, 19, dan 20.

G. INTERVENSI DAN INSTRUMENTASI PENELITIAN

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini dengan wawancara dan pengisian kuesioner tentang usia bidan, tingkat pendidikan bidan, masa kerja bidan, selain tugas pokok Bidan Desa. Data yang dikumpulkannya berupa data primer dan sekunder. Data primer berasal dari kuesioner tentang karakteristik responden, sedangkan data sekunder dari dokumen Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.

Uji validitas dan uji reliabilitas terhadap butir soal, peneliti tidak lakukan karena butir soal kuesioner adalah butir soal yang sudah dibakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, sehingga peneliti berasumsi butir soal telah melewati proses seperti tersebut.

H. RENCANA PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

Metode yang digunakan dalam mengolah dan menganalisis data ditentukan berdasarkan tujuan analisis, jumlah variabel, dan tipe atau skala dari variabel. Berikut adalah langkah-langkah analisis data yang akan dilakukan.

1. Pengujian pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen

Metode yang digunakan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga adalah *independent sample t test* (parametrik) sehingga dapat diketahui apakah terdapat perbedaan antara dua subyek yaitu responden yang mengikuti pelatihan / kelompok perlakuan dengan responden yang tidak mengikuti pelatihan / kelompok kontrol (Murti, 2004).

SPPS akan menampilkan dua uji t, yaitu uji t dengan asumsi varian kedua kelompok sama (*equal variances assumed*) dan uji t dengan asumsi varian kedua kelompok tidak sama (*equal variances not assumed*). Untuk memilih mana yang dipakai, dapat dilihat uji kesamaan varian melalui uji Levena's test. Apabila nilai Levena's test $p < \alpha$ (0,05) maka varian berbeda dan bila $p > \alpha$ (0,05) maka varian sama (*equal*). Selanjutnya dicari p value uji t pada bagian varian tersebut di kolom sig (2 tailed) (Murti, 2004).

Pengambilan kesimpulan dapat dilakukan berdasarkan nilai signifikansi dari statistik uji. Variabel pelatihan *safe community* dikatakan berpengaruh terhadap pengetahuan dan perilaku apabila terdapat perbedaan pengetahuan dan perilaku antara responden yang mengikuti pelatihan dengan responden yang tidak mengikuti pelatihan, apabila nilai signifikansi lebih kecil dari tingkat ketelitian 0,05 (Murti, 2004).

Dalam penelitian ini variabel independen (pelatihan *safe community*) terhadap variabel dependen (pengetahuan responden) diukur selama 3 kali pengukuran yaitu sebelum, sesudah, dan 2 minggu sesudah perlakuan baik kepada kelompok perlakuan atau kelompok kontrol. Sedangkan variabel independen (pelatihan *safe community*) terhadap variabel dependen perilaku responden diukur 2 kali yaitu sebelum dan sesudah 2 minggu setelah perlakuan baik kepada kelompok perlakuan atau kelompok kontrol.

2. Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan instrumen :

1. Kuesioner adalah seperangkat pertanyaan yang disusun dan telah diuji untuk diajukan kepada responden. Kuesioner ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi yang benar secara tertulis dari responden berkaitan dengan tujuan penelitian.

2. Observasi adalah kegiatan memperhatikan secara akurat, mencatat fenomena yang muncul dan mempertimbangkan hubungan antar aspek dalam fenomena tersebut. Observasi bertujuan untuk mendapat data tentang suatu masalah, sehingga diperoleh suatu pemahaman atau sebagai alat *rechecking* atau pembuktian terhadap informasi yang telah diperoleh sebelumnya (Rahayu, 2004). 3. *Interview* / wawancara adalah metode pengumpulan data dengan cara tanya jawab sepihak yang dikerjakan dengan sistematis, dan berlandaskan pada tujuan penelitian (Hadi, 2003) dalam (Rahayu, 2004). Maksud mengadakan wawancara secara umum adalah untuk menggali struktur kognitif dari perilaku subyek yang diteliti dan juga menjadi pelengkap dari metode pengukuran lain.

4. Probing yaitu penggalian informasi yang lebih mendalam mengenai sesuatu hal karena hasil yang didapat dari kuesioner atau wawancara didapatkan informasi yang ekstrim sifatnya.

Probing bertujuan untuk menghindari perbedaan persepsi antara pewawancara atau peneliti dengan orang yang di wawancarai mengenai sesuatu hal. Probing diperlukan karena beberapa alasan seperti berikut :

1. Klarifikasi jika pewawancara memerlukan lagi informasi tentang hal yang dipersoalkan sebelumnya.
2. Kesadaran kritis, jika responden diminta untuk memutuskan, menanggapi, menilai, atau memberikan contoh tentang sesuatu.

3. Penjelasan, jika pewawancara memerlukan informasi tambahan mengenai berbagai aspek dari suatu pertanyaan.
4. Refokus, jika responden ditanyai untuk mengaitkan, membandingkan atau mempertanggung-jawabkan dengan topik atau ide, atau jika ditanyai untuk memikirkan alternatif pemecahan atau hubungan sebab akibat.
5. Informasi tentang intensitas perasaan responden, pertanyaan yang diajukan berkisar bentuk pertanyaan pribadi, pertanyaan alasan mengapa, sampai pada intensitas (Ardani, 2004).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. DESKRIPSI HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan terhadap bidan di desa yang bertugas di Kabupaten Blitar dengan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Didapatkan sebanyak 248 orang Bidan Desa yang bertugas tersebar di 248 desa sebagai responden yang terdiri dari kelompok kasus (bidan dengan pelatihan *safe community*) sebanyak 36 responden dan kelompok kontrol (bidan dengan tidak mendapat pelatihan *safe community* sebanyak 32 responden).

Secara administratif jumlah kecamatan yang ada di Kabupaten Blitar sebanyak 22 kecamatan, dari 22 kecamatan tersebut terbagi lagi menjadi 248. Desa / kelurahan dengan rincian adalah 220 dengan status desa serta 28 dengan status kelurahan sedangkan jumlah dusun / lingkungan pada tahun 2007 tercatat sebanyak

666. Dilihat dari komposisi jumlah desa / kelurahan di Kabupaten Blitar, kecamatan Srengat memiliki jumlah desa terbanyak, yaitu sebesar 16 desa. Sementara itu kecamatan yang mempunyai luas wilayah paling besar adalah kecamatan Sutojayan dengan luas wilayah sebesar 164, 54 km (BPS, 2007).

Tabel IV.1 Jumlah sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Blitar

No	Jenis Sarana	Tahun 2008
1	Apotek Pemerintah	10
2	Apotek Swasta	32
3	Balai Pengobatan	12
4	BKIA	2
5	Laboratorium klinik	12
6	Optikal	5
7	Pengobatan tradisional	289
8	Polindes	220
9	Posyandu	1461
10	Puskesmas dengan rawat inap	10
11	Puskesmas Pembantu	68
12	Puskesmas tanpa rawat inap	14
13	Rumah Bersalin	8
14	Rumah sakit	6

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar 2007

Tabel IV.2 Pola 10 besar penyakit di Puskesmas Kabupaten Blitar

No	Kode	Jenis penyakit	Jumlah
1.	1803	Penyakit akut lain pada saluran pernafasan atas	87.954
2.	1800	Penyakit saluran pernafasan bagian atas	52.705
3.	2102	Gastritis	49.382
4.	33	Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	45.492
5.	16	Penyakit tekanan darah tinggi	39.139
6.	1804	Penyakit lain pada saluran pernafasan atas	35.510
7.	3101	Penyakit kulit infeksi	28.185
8.	3102	Penyakit kulit alergi	28.154
9.	0102	Diare	25.604
10.	34	Penyakit lainnya	24.368

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar 2007

Tabel IV.3 Distribusi jumlah desa dan Bidan Desa menurut Puskesmas.

No	Puskesmas	Jumlah Desa	Bidan Desa
1	Bakung	11	11
2	Wonotirto	8	8
3	Margomulyo	10	10
4	Wates	8	8
5	Binangun	12	12
6	Sutojayan	11	11
7	Kademangan	15	15
8	Kanigoro	12	12
9	Talun	14	14
10	Selopuro	8	8
11	Kesamben	10	10
12	Selorejo	10	10
13	Doko	10	10
14	Wlingi	5	5
15	Gandusari	5	5
16	Garum	9	5
17	Nglegok	7	7
18	Sanankulon	6	6
19	Ponggok	10	10

20	Srengat	16	16
21	Wonodadi	11	11
22	Udanawu	12	12
23	Bacem	5	5
24	Slumbung	5	5
	Jumlah	248	248

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar 2007.

Tabel no:IV.3 diperoleh gambaran bahwa semua desa di Kabupaten Blitar ditempatkan Bidan Desa. Hal ini dilakukan untuk mempercepat terwujudnya 248 di Kabupaten Blitar pada akhir tahun 2008.

Permasalahan kesehatan yang muncul di Kabupaten Blitar antara lain masih munculnya atau ditemukannya kasus penyakit menular seperti DBD (demam berdarah dengue), tuberculois paru, kusta, diare, ISPA (infeksi saluran pernafasan atas), dan HIV / AIDS. Beberapa diantaranya berpotensi KLB (kejadian luar biasa) dan penyebarannya merata diseluruh wilayah kabupaten seperti DBD dan AFP. Selain itu juga makin bertambahnya jumlah penderita penyakit tidak menular seperti jantung, stroke, hipertensi, diabetes, penyakit paru obstruksi kronik, dan kanker jenis tertentu.

Penyebaran masalah kesehatan yang muncul di Kabupaten Blitar.

Terdapat dua klasifikasi peta penyebaran kasus DBD sebagai berikut :

- a. Kecamatan yang merupakan daerah endemis adalah semua kecamatan di wilayah Kabupaten Blitar kecuali kecamatan Binangun dan Kecamatan Wates.
- b. Kecamatan yang merupakan daerah terjangkit adalah semua Kecamatan di Kabupaten Blitar (Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar).

Berdasarkan data profil kesehatan Kabupaten Blitar tahun 2008 juga ditemukan 6 kasus AFP di wilayah Puskesmas Kanigoro, Wates, Srengat, Wlingi, Lodoyo, dan

Wonodadi. Berdasarkan hasil pemeriksaan Dinas Kesehatan Propinsi semua dinyatakan negatif AFP.

Pemberitahuan informasi melalui pendidikan dan pelatihan akan meningkatkan pengetahuan, selanjutnya akan menimbulkan kesadaran dan akhirnya seseorang akan melakukan praktek sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki, yang tentunya memerlukan waktu yang lama. Sebelum seseorang mengadopsi praktek, ia harus terlebih dahulu tahu apa arti dan manfaat praktek tersebut bagi dirinya. Setelah seseorang mengetahui, selanjutnya akan menilai atau bersikap.

Seluruh desa / kelurahan di Kabupaten Blitar yang terdiri dari 220 desa dan 28 kelurahan merupakan potensi yang ditunjukkan dengan (a) tersedianya sarana pelayanan kesehatan dasar di semua desa, (b) adanya pembiayaan kesehatan di tingkat desa seperti keberadaan dana sehat, (c) adanya kesiapsiagaan masyarakat dalam penanganan kegawat darurat yang disediakan melalui UKBM yang ada seperti keberadaan Posyandu.

Tahapan pembentukan Desa Siaga dimulai sejak tahun 2006 diawali dengan 168 desa dipersiapkan menjadi Desa Siaga.

Melalui kegiatan, antara lain : (a) pengembangan Polindes sebagai UKBM yang mampu menangani kegawat darurat, (b) peningkatan sadar gizi melalui pemanfaatan pekarangan untuk tanaman organik, (c) pengembangan Posyandu dengan kegiatan deteksi dini melalui perambuan bumil risti, status gizi bayi / balita, dan status kesehatan lansia, dan pengembangan Asuh (e) pengembangan sistem informasi desa melalui forum komunikasi yang ada di desa. Kegiatan tersebut diawali dengan pembentukan kelembagaan.

di tingkat desa yaitu pembentukan tim FFD (Forum Fasilitator Desa) dan penempatan Bidan Desa di setiap desa.

Tahap selanjutnya adalah pengembangan 27 desa baru yang tersebar di 22 kecamatan sehingga pada akhir tahun 2008 diharapkan sebanyak 248 desa telah menjadi Desa Siaga.

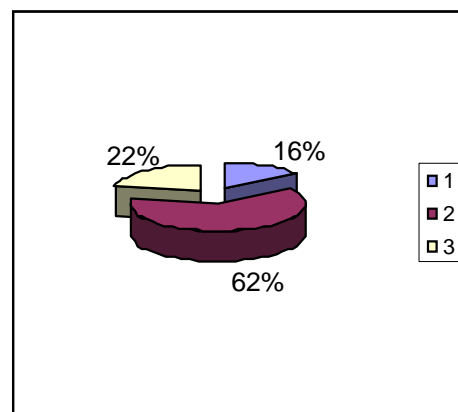
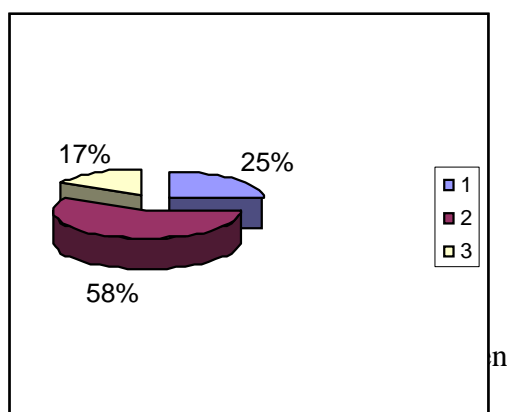
2. Karakteristik responden

a. Umur responden

Tabel IV.4 Distribusi responden menurut kelompok umur.

Kelompok umur (tahun)	Perlakuan	Kontrol	Jumlah	%
< / = 25	9	5	14	20, 59
26 – 30	21	20	41	60, 30
31 – 35	6	7	13	19, 11
Jumlah	36	32	68	100

Tabel No:IV.4 sebagian besar Bidan Desa berumur 26-30 tahun atau sekitar 41 responden (60, 30%). Umur responden secara rinci dapat dilihat pada diagram pie dibawah ini.



Gambar IV.1. Diagram umur responden Gambar IV.2. Diagram umur responden

kelompok perlakuan.

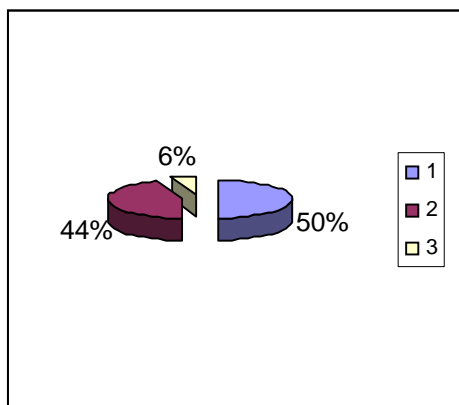
kelompok kontrol.

b.Masa kerja responden

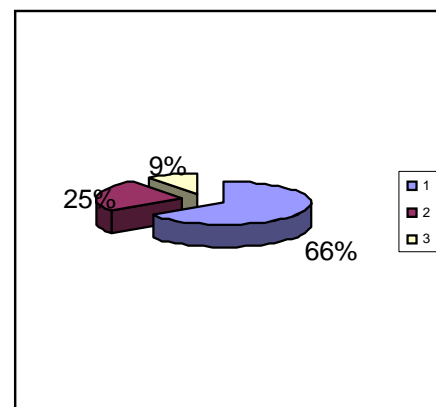
Tabel IV.5 Distribusi responden menurut lama kerja Bidan Desa

Lama bekerja	Kelompok perlakuan	Kelompok kontrol	Jumlah	%
< 5 tahun	18	21	39	57,35
5 – 10 tahun	16	8	24	35,30
> 10 tahun	2	3	5	7,35
Jumlah	36	32	68	100

Tabel No: IV.5 responden yang bekerja selama < 5 tahun yaitu sejumlah 39 orang (57, 35%). Lama kerja Bidan Desa secara rinci dapat dilihat pada diagram pie di bawah ini.



Gambar IV.3. Diagram lama kerja



Gambar IV.4. Diagram lama kerja

kelompok perlakuan.

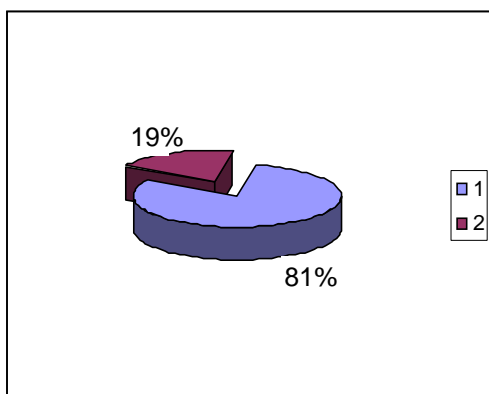
kelompok kontrol.

c. Jenjang pendidikan responden

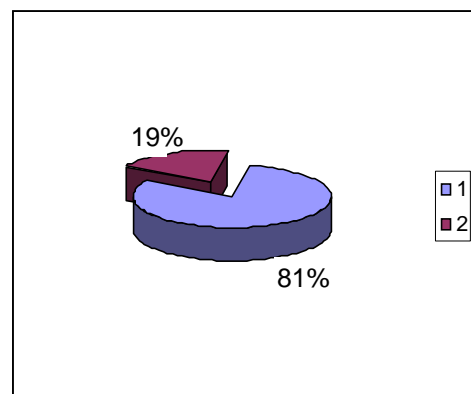
Tabel IV.6 Distribusi responden menurut pendidikan Bidan Desa.

Pendidikan responden	Kelompok perlakuan	Kelompok kontrol	Jumlah	%
P2 Bidan	29	26	55	80,89
D-III Kebidanan	7	6	13	19,11
Jumlah	36	32	68	100

Jenjang pendidikan responden secara rinci dapat dilihat pada diagram pie dibawah ini :



Gambar IV.5. Diagram pendidikan kelompok perlakuan.

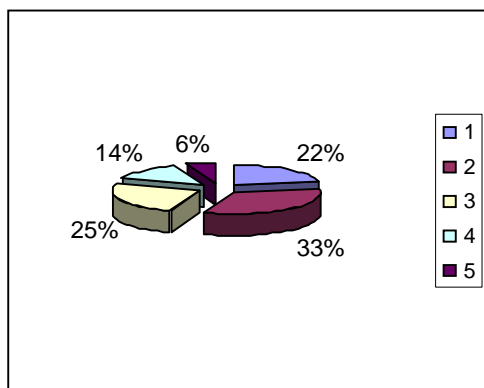


Gambar IV. 6. Diagram pendidikan kelompok kontrol.

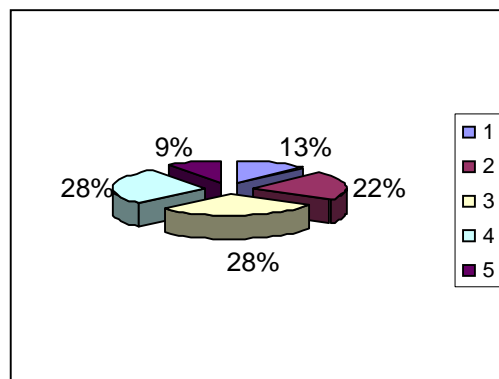
c. Tugas tambahan bidan

Tabel IV.8. Distribusi responden kelompok perlakuan menurut tugas pokok dan tugas tambahan.

Status	Tugas pokok	KIA	KB	Imunisasi	JPS	Tidak ada	Total
Perlakuan	36	8	12	9	5	2	36
Kontrol	32	4	7	9	9	3	32



Gambar IV.7. Diagram tugas tambahan kelompok perlakuan.



Gambar IV.8. Diagram tugas tambahan kelompok kontrol.

Tabel IV.9. Skor pengetahuan sebelum, sesudah, dan 14 hari sesudah pelatihan

Waktu	Kelompok perlakuan			Kelompok kontrol		
	n	<i>mean</i>	SD	n	<i>mean</i>	SD
Sebelum	36			32		
Sesudah	36			32		
14 hari sesudah	36			32		

Tabel IV.10. Skor perilaku sebelum dan 14 hari sesudah pelatihan

Waktu	Kelompok perlakuan			Kelompok kontrol		
	n	<i>mean</i>	SD	n	<i>mean</i>	SD
Sebelum	36			32		
14 hari sesudah	36			32		

B. HASIL PENGUJIAN HIPOTESIS

1. Pengujian pengaruh variabel independen (pelatihan *safe community*) terhadap variabel dependen (pengetahuan dan perilaku).

Metode yang digunakan untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan pengaruh pelatihan *safe community* terhadap dua sampel bebas (pengetahuan dan perilaku *safe community*) antara kelompok perlakuan dan kontrol adalah uji t independen.

Metode tersebut pada dasarnya digunakan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan rata-rata secara bermakna antara dua kategori variabel pelatihan yaitu responden yang mengikuti pelatihan dengan responden yang tidak mengikuti pelatihan.

Tabel. IV.11. Hasil analisis perbedaan perubahan *mean* pengetahuan sebelum pelatihan, dan sesudah pelatihan, antara kelompok perlakuan, dan kelompok kontrol.

A) Perubahan *mean* pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan

	n	Mean	SD	t	p
Pelatihan	36	2.19	1.22	6.93	0.000
Kontrol	32	0.38	0.91	-	-

Tabel No: IV.11 menunjukkan hasil uji statistik tentang perbedaan perubahan *mean* pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Rata-rata peningkatan pengetahuan lebih tinggi pada kelompok perlakuan dari pada kelompok kontrol. Perbedaan tersebut secara statistik sangat bermakna / signifikan dengan ditunjukkan ($t.6.93 : p. 0.000$).

Tabel IV. 12. Hasil analisis perbedaan perubahan *mean* pengetahuan sebelum pelatihan, dan 14 hari setelah pelatihan, antara kelompok perlakuan, dan kelompok kontrol.

B) Perubahan *mean* pengetahuan sebelum dan 14 hari sesudah

		pelatihan			
	n	<i>Mean</i>	SD	t	p
Pelatihan	36	1.89	2.25	3.79	0.000
Kontrol	32	0.28	1.11	-	-

Tabel 1V.12 menunjukkan hasil uji statistik tentang perbedaan perubahan *mean* pengetahuan sebelum pelatihan dan 14 hari sesudah pelatihan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Rata-rata peningkatan pengetahuan lebih tinggi pada kelompok perlakuan dari pada kelompok kontrol. Perbedaan tersebut secara statistik sangat bermakna / signifikan dengan ditunjukkan ($t.3.79 : p. 0.000$).

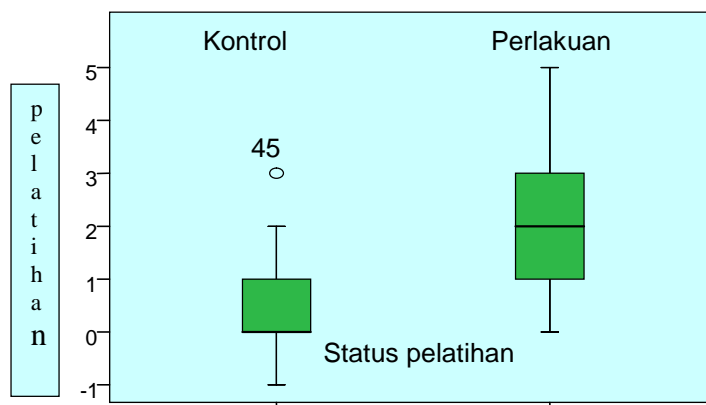
Tabel IV.13. Hasil analisis perbedaan perubahan *mean* perilaku sebelum pelatihan dan 14 hari setelah pelatihan, antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

C) Perubahan *mean* perilaku sebelum dan 14 hari sesudah pelatihan

	n	Mean	SD	t	p
Pelatihan	36	12.53	4.80	13.03	0.000
Kontrol	32	0.09	2.62	-	-

Tabel IV.13 menunjukkan hasil uji statistik tentang perbedaan perubahan *mean* pengetahuan sebelum pelatihan dan 14 hari sesudah pelatihan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Rata-rata peningkatan pengetahuan lebih tinggi pada kelompok perlakuan dari pada kelompok kontrol. Perbedaan tersebut secara statistik sangat bermakna / signifikan dengan ditunjukkan ($t.13.03 : p. 0.000$).

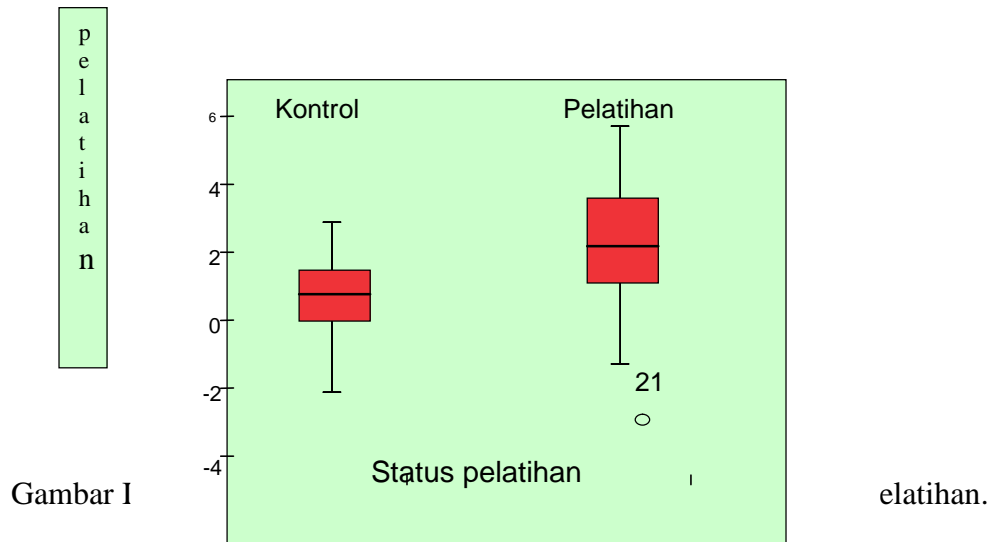


Gambar IV.9. Perubahan *mean* pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan.

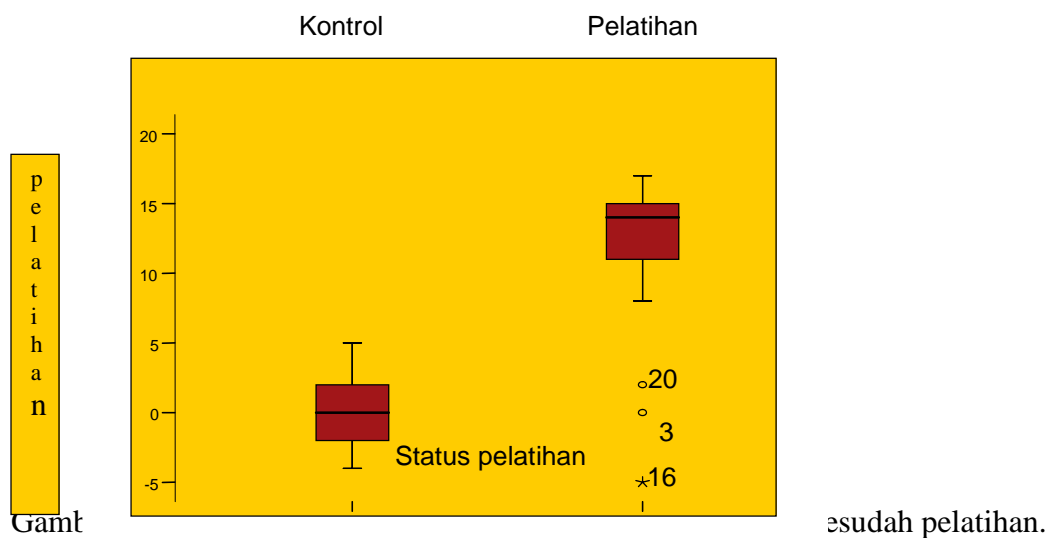
Gambar IV.9 menunjukkan bahwa *mean* perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan lebih tinggi pada kelompok perlakuan daripada kelompok kontrol.

Nomor 45 menunjukkan bahwa responden dengan nomor tersebut ekstrim

dalam perubahan peningkatan pengetahuannya melebihi rata-rata kelompok kontrol.



Gambar IV.10 menunjukkan bahwa *mean* perubahan pengetahuan sebelum dan 14 hari sesudah pelatihan lebih tinggi pada kelompok perlakuan dari pada kelompok kontrol. Nomor 21 menunjukkan bahwa responden dengan nomor tersebut ekstrim dalam tidak ada peningkatan pengetahuan yang diluar rata-rata kelompok perlakuan.



Gambar IV.11 menunjukkan bahwa *mean* perubahan perilaku sebelum dan 14 hari sesudah pelatihan lebih tinggi pada kelompok perlakuan dari pada kelompok kontrol.

Nomor 16, 3, dan 20 menunjukkan bahwa responden dengan nomor tersebut ekstrim dalam tidak ada peningkatan perilaku dan di luar rata-rata kelompok perlakuan.

C. PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian ini dibedakan menjadi beberapa bagian yaitu

1. Pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga.

Pada penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga dengan cara membedakan selisih rata-rata pengetahuan responden yang mendapat perlakuan dan yang tidak mendapat perlakuan. Berdasarkan uji statistik *independent sample t test* terlihat bahwa nilai signifikansi variabel pengetahuan adalah sebesar (t 6.93 : p 0.000) atau bisa dikatakan jauh lebih kecil dari tingkat ketelitian 0,05. Sedangkan untuk mengetahui pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan Bidan Desa sebelum pelatihan dan 14 hari sesudah pelatihan adalah dengan uji statistik *independent sample t test* dan didapatkan (t 3.79 : p 0.000) atau bisa dikatakan jauh lebih kecil dari tingkat ketelitian 0,05. Sedangkan untuk mengetahui pengaruh pelatihan *safe community* terhadap perilaku Bidan Desa sebelum pelatihan dan 14 hari sesudah pelatihan adalah dengan uji statistik *independent sample t test* dan didapatkan (t 13.03 : p 0.000) atau bisa dikatakan juga lebih kecil dari tingkat ketelitian 0,05. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada pengetahuan dan perilaku Bidan Desa yang mengikuti pelatihan dengan yang tidak mengikuti pelatihan atau dapat juga dikatakan bahwa pelatihan *safe community* berpengaruh signifikan terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga.

Bentuk hubungan dan pengaruh yang ditunjukkan variabel pelatihan terhadap pengetahuan dapat dilihat dari *mean* variabel pengetahuan untuk responden yang mendapat pelatihan dan yang tidak mendapat pelatihan. *mean* dalam output tersebut secara tidak langsung juga menggambarkan nilai data sebenarnya. Dengan demikian *mean* dapat dianggap sebagai nilai rata-rata dari variabel pengetahuan untuk responden yang mengikuti pelatihan (2.19) juga lebih besar dari *mean* responden

yang tidak mengikuti pelatihan (0.38). Begitu juga pengaruh variabel pelatihan terhadap pengetahuan pada 14 hari setelah pelatihan antara responden yang mendapat pelatihan dan yang tidak mendapat pelatihan dapat ditunjukkan dengan hasil uji t independen nilai *mean* pada responden dengan pelatihan (1.89) dan (0.28) pada responden yang tidak mengikuti pelatihan. Sedangkan bentuk hubungan dan pengaruh yang ditunjukkan variabel pelatihan terhadap perilaku 14 hari setelah pelatihan dapat dilihat dari *mean* variabel perilaku untuk responden yang mendapat pelatihan dan yang tidak mendapat pelatihan. Nilai *mean* pada responden dengan pelatihan (12.53) dan pada responden yang tidak mengikuti pelatihan adalah sebesar (0.09). Dengan demikian pelatihan tersebut terbukti secara nyata dan secara statistik telah memenuhi tujuan awal penelitian ini yaitu mempelajari pengaruh pelatihan *safe community* terhadap pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga dan juga membuktikan secara empiris sesuai hipotesis bahwa ada pengaruh pelatihan *safe community* terhadap peningkatan pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga.

Sejalan dengan pendapat Simamora (1997) menyatakan bahwa tujuan diselenggarakan pelatihan antara lain : (1) memperbaiki pengetahuan dan respons (2) memutakhirkan keahlian peserta dengan kemajuan teknologi, (3) menjadikan peserta menjadi berkompeten dalam pekerjaan, (4) mempersiapkan untuk promosi. Pendapat tersebut diperkuat oleh pendapat Moekijat (1991) yang mengatakan tujuan pelatihan adalah (1) mengembangkan keahlian sehingga pekerjaan dapat disesuaikan dengan lebih cepat dan efektif, (2) mengembangkan pengetahuan sehingga pekerjaan dapat diselesaikan secara rasional, (3) mengembangkan sikap sehingga menimbulkan kemauan bekerja sama dengan rekan sekerja dan pimpinan.

Pemberitahuan informasi melalui pendidikan dan pelatihan akan meningkatkan pengetahuan, selanjutnya akan menimbulkan kesadaran dan akhirnya seseorang akan melakukan praktek sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki, yang tentunya memerlukan waktu yang lama. Sebelum seseorang mengadopsi praktek, ia harus terlebih dahulu tahu apa arti dan manfaat praktek tersebut bagi dirinya. Setelah seseorang mengetahui, selanjutnya akan menilai atau bersikap. Secara teori perubahan praktek atau mengadopsi praktek baru itu mengikuti proses perubahan, pengetahuan, sikap, dan praktek (PSP). Pengalaman dan penelitian juga membuktikan bahwa praktek yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada praktek yang tidak didasari oleh pengetahuan. Azwar (2003) mengatakan bahwa sikap mempengaruhi praktek lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti, beralasan, dan dampaknya terbatas yang berarti bahwa seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin agar ia melakukannya.

Sejalan dengan pendapat di atas adalah pendapat Noe (2003), yang menyatakan bahwa pelatihan adalah upaya terencana dari sebuah organisasi dalam memfasilitasi pembelajaran yang dilakukan karyawan terkait dengan kompetensi yang mereka miliki dalam menyelesaikan tugas dan pekerjaannya. Kompetensi dimaksud meliputi pengetahuan, kemampuan / keahlian, dan perilaku yang sangat penting bagi kesuksesan kinerja karyawan. Pelatihan ditujukan untuk memperkuat kompetensi karyawan dalam hal pengetahuan, kemampuan / keahlian, dan perilaku yang diberikan pada program pelatihan sehingga mampu diaplikasikan pada kegiatan penyelesaian tugas. Hal ini juga sejalan dengan pendapat Green (1980) yang

menyatakan bahwa sikap dan tingkah laku individu maupun masyarakat dapat diubah melalui pemberian informasi yang diikuti dengan latihan-latihan.

Tingkat efektivitas pelatihan terhadap tingkat pengetahuan dan sikap terjadi apabila tahap-tahap pelaksanaan pelatihan dipenuhi. Menurut Werther dan Davis serta Gary Dessler dalam Sugiarno (2002) tahap-tahap pelatihan adalah (1) penilaian kebutuhan, (2) penetapan tujuan latihan dan pengembangan, (3) penentuan isi program dan prinsip belajar, (4) pelaksanaan program aktual, (5) mengetahui ketrampilan, pengetahuan, dan kemampuan pegawai, (6) evaluasi. Sedangkan menurut Cheesway dalam Handoko (1997), tahap pelatihan meliputi (1) analisis kebutuhan pelatihan, (2) program pelatihan terencana, (3) penerapan program pelatihan, (4) evaluasi efektivitas pelatihan yang ada.

Efektivitas pelatihan pada pelaksanaan pelatihan terjadi juga dikarenakan cara penyampaian materi selain ceramah juga diselengi dengan tanya jawab, agar peserta tidak hanya pasif menerima informasi tetapi dirangsang untuk berpikir kritis yang dapat memudahkan peserta memahami materi yang diberikan. Hal tersebut sejalan dengan pendapat Mujiman (2007) bahwa keberhasilan suatu proses belajar antara lain karena masukan instrumental seperti materi, kurikulum, fasilitator, metode mengajar, dan sarana. Menurut pendapat Tall dan Hall (dalam Irianto, 2002) bahwa dengan mengkombinasikan berbagai macam faktor seperti teknik pelatihan yang benar, persiapan, dan perencanaan yang matang serta komitmen terhadap esensi pelatihan akan memberikan hasil yang optimal.

Sirait, (2006) juga membuktikan bahwa pendidikan kesehatan melalui metode ceramah dan diskusi berbeda jika dibandingkan dengan metode hanya ceramah

dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap kader Posyandu tentang upaya pencegahan virus HIV / AIDS.

Faktor lain yang mempengaruhi efektivitas pelatihan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap adalah homogenitas peserta latih seperti umur, pendidikan, dan pekerjaan / profesi sebagai Bidan Desa. Keadaan ini memungkinkan peserta lebih mudah menerima informasi karena dapat saling berkomunikasi dalam proses pelatihan.

Dari urian di atas dapat disimpulkan bahwa pelatihan *safe community* bermanfaat dan efektif meningkatkan pengetahuan dan perilaku Bidan Desa dalam mengembangkan Desa Siaga.

Sesuai dengan pendapat Siswindari (2008), program pendidikan dan pelatihan dikatakan efektif apabila program tersebut mampu menghasilkan perubahan sesuai yang dikehendaki oleh organisasi khususnya dan lingkungan eksternal pada umumnya baik saat ini maupun yang akan datang.

2. Kelebihan dan kekurangan penelitian.

a. Kelebihan penelitian

1. Bobot permasalahan yang diteliti.

Penelitian ini sangat relevan terhadap isu yang sedang menjadi tren Departemen Kesehatan dewasa ini yaitu untuk mempercepat tercapainya Indonesia sehat 2010 diperlukan upaya konkrit yang mampu menggerakkan, mendorong, dan memberdayakan masyarakat dalam kemandirian untuk hidup dan berperilaku sehat. Tujuan ideal itu akan tercapai salah satunya adalah dengan mempercepat terwujudnya desa menjadi Desa Siaga, upaya untuk menjadikan desa menjadi Desa

Siaga antara lain dengan mengadakan pelatihan *safe community* terhadap Bidan Desa.

Dengan memperhatikan dasar-dasar pembangunan kesehatan tersebut, dan untuk mencapai sasaran pembangunan kesehatan pada akhir tahun 2009 seperti telah ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJM-N). Tahun 2004-2009, dan juga dengan mempertimbangkan perkembangan, masalah, serta berbagai kecenderungan pembangunan kesehatan ke depan, maka ditetapkan visi Depkes : “MASYARAKAT YANG MANDIRI UNTUK HIDUP SEHAT.”

Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah suatu kondisi dimana masyarakat Indonesia menyadari, mau, dan mampu mengenali, mencegah, dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan, dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

2. Metode

Rancangan studi epidemiologi analitik berakar dari konsep penelitian eksperimen. Studi eksperimen dianggap sebagai paradigma penelitian ilmiah, sebab pengamatan dilakukan secara terkontrol. Pada desain eksperimen, individu dipilih berdasarkan status paparan, yakni apakah terpapar atau tidak terpapar oleh faktor penelitian (Murti, 2004). Pada penelitian ini alokasi subyek dilakukan dengan metode purposive karena kebijakan stake holder yakni Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar yang telah menentukan Bidan Desa yang akan mendapat pelatihan *safe community*. Dalam penelitian ini walaupun dengan metode eksperimen semu tetapi

masih menggunakan kontrol sehingga tingkat validitas hasil nyata-nyata merupakan dampak dari paparan yang telah dikendalikan sebelumnya.

c. Kualitas analisa data

Analisa data dilakukan dengan langkah-langkah yang sistematis, dan prosedural untuk mengetahui selisih perbedaan *mean* variabel pengetahuan dan perilaku antara kelompok perlakuan dan kontrol digunakan uji statistik independen

b. Kekurangan penelitian.

1. Bias non responden.

Bias seleksi tidak selalu berasal dari pihak peneliti. Subyek penelitian bisa juga memperkenalkan bias ketika menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian. Secara etik partisipasi dalam penelitian harus bersifat sukarela. Bias seleksi yang disebabkan penolakan responden untuk berpartisipasi dan responden yang menolak tersebut berbeda dengan yang bersedia partisipasi, disebut bias non- responden. Sebaliknya, bias seleksi bisa juga disebabkan kesukarelaan responden untuk berpartisipasi dan kesukarelaannya tersebut berhubungan dengan status paparan, yang disebut bias sukarelawan (*Greenland, 1977*) dalam (*Bhisma, 1995*). Tingkat partisipasi yang rendah (secara konvensional kurang dari 80 persen) maupun perbedaan tingkat partisipasi antara kelompok kasus dan kelompok kontrol tidak otomatis menyebabkan bias non responden. Bias non responden hanya terjadi jika tingkat partisipasi yang rendah atau berbeda akibat penolakan tersebut berkaitan dengan status paparan.

2. Bias efek Hawthorne.

Efek Hawthorne dikenal sejak penelitian Elton Mayo antara tahun 1927 dan 1932 di pabrik Hawthorne, Chicago, AS, milik Western Electric Company (*Griffin,*

1984) dalam (Murti, 1995). Istilah efek Hawthorne dipakai terus sampai sekarang bagi perubahan perilaku subyek-subyek yang terkait dengan penelitian yang terjadi karena kehadiran atau mendapat perhatian “ekstra” dari pihak peneliti, baik di sengaja maupun tidak disengaja.

3. Halo bias.

Ini mungkin terjadi utamanya pada pengambilan data setelah pelatihan dan 2 minggu setelah perlakuan, karena responden sudah tahu arah dan maksud dari peneliti, walaupun diawal pengambilan data peneliti sudah memberi informasi tentang manfaat kejujuran dalam pengambilan data dan telah dibuatkan protokol pengisian kuesioner dengan jelas.

4. Bias kontaminasi

Bias kontaminasi akan sangat mungkin terjadi pada kelompok kontrol karena saat sekarang di Kabupaten Blitar sedang jadi issue lokal Dinas Kesehatan sehingga setiap unit Puskesmas selalu membicarakan dan berupaya menyiapkan desa-desanya akan segera menjadi Desa Siaga.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan dua hal :

1. Pelatihan *safe community* mampu meningkatkan pengetahuan Bidan Desa tentang Desa Siaga sesudah selesai pelatihan (t : 6.93; p :0.000), maupun 14 hari setelah selesai pelatihan (t : 3.79; p : 0.000).
2. Pelatihan *safe community* mampu memperbaiki perilaku Bidan Desa tentang Desa Siaga 14 hari sesudah pelatihan (t :13.03; p: 0. 000)

B. SARAN

1. Untuk Pemerintahan Kabupaten Blitar guna mewujudkan tercapainya, pelatihan bagi bidan masih diperlukan sebagai sarana untuk membekali bidan tentang pengetahuan dan ketrampilan dalam *safe community* sistem kesehatan desa. Karena bidan perlu mendapatkan ketrampilan teknik yang tidak didapatkan pada masa pendidikan sebagai bekal terjun di masyarakat.
2. Responden yang terlihat ekstrim nomor 46 pada perubahan pengetahuan setelah pelatihan, nomor 21 perubahan pengetahuan 14 hari setelah pelatihan, nomor 3, 16, dan 20 pada perilaku *safe community* 14 hari setelah pelatihan perlu diadakan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui penyebab ke ekstriman data.
3. Disarankan untuk melakukan penelitian kualitatif menggali faktor-faktor yang melatari sejumlah kecil peserta yang dilatih tetapi tidak mengalami perubahan perilaku setelah dilatih.
4. Dalam rangka untuk meningkatkan atau memperbaiki metode pelatihan *safe community* di Blitar.
5. Hasil agar dapat dibandingkan di tempat lain untuk mengetahui tingkat konsistensi efektivitas pelatihan serupa di tempat lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, 2003. *Pemdampingan Masyarakat menuju Sukses*. Jakarta.
- Aillen, 1998. *Empowering people*. Jogyakarta.
- Ardani dan Rahayu, 2004. *Observasi dan Wawancara*. Bayumedia Publising Malang.
- Azwar, 2003. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Edisi Pustaka Pelajar Offset.
- _____, 2007. *Metode Penelitian*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Blitar, 2007. *Regency in Figures Kabupaten Blitar Dalam Angka*.
- Boxton dan Golstein, 2003. *Measurement Empowering people*.
- DepKes RI, 1992. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas*. Jakarta.
- _____, 2000¹ , . *Pembinaan Posyandu*. Jakarta
- _____, 2000² , . *Pembinaan BAPE. JPKM*. Jakarta
- _____, 2000³ , . *Pendekatan Kemasyarakatan*. Jakarta
- _____, 2003¹ , . *Upaya Kesehatan Kerja Sektor Informal di Indonesia*.
 Dalam (a). *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*,
 (b). *Pondok Kesehatan Pesantren*, dan
 (c). *Upaya Kesehatan Kerja Sektor Informal di Indonesia*.
 Jakarta.
- _____, 2003² , . *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta
Petunjuk Teknik dan Penyelenggaraan Poskesdes. Jakarta
- _____, 2006¹ , . (a). *Buku Saku Bidan Poskesdes untuk Mewujudkan Desa Siaga*.
 (b). *Petunjuk Teknik Pengembangan dan Penyelenggaraan Desa Siaga*. Jakarta..
- _____, 2006² , . *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan*. Jakarta.
- _____, 2007. *Peningkatan Peran Batra dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta
- DinKes Jatim, 2007. *Pedoman dan Operasional bagi Petugas Kesehatan*.
- _____, 2001. *Program Pelatihan dan Pengembangan Karyawan*. Jakarta _____,
- 2006¹ , . *Pedoman dan Operasional bagi Petugas Kesehatan*.
- _____, 2006² , . *Penanggulangan Kegawat daruratan sehari-hari dan Bencana*.

- Griffin, 1984. *Penelitian Epidemiologi*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Hafit, 2004. *Psikologi Perkembangan*. (UI-Pres). Jakarta.
- Handoko, 1997. *Pendidikan dan Pelatihan Model Belajar Mandiri*. Jakarta. Offset.
- Hasibuan, 2000. *Pendidikan Dasar untuk Semua*. Jakarta Offset.
- Kabupaten Blitar Dalam Angka, Tahun 2007. Blitar : *Badan Pusat Statistik*.
- Kantor PMD, 2006. *Indikator Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Blitar : Pemerintah Kabupaten Blitar.
- Kartasasmita, 1885. *Pemberdayaan Masyarakat menuju Kemandirian*. Jogjakarta.
- Lily, 2003. *Manajemen Perencanaan*. Jakarta.
- Mangkunegara, 2003. *Evaluasi Belajar*. Dirjen Tinggi Jakarta.
- Martoyo, 1997. *Pendidikan dan Pelatihan Kerja bagi Karyawan*. Jakarta Offset.
- Moekijat, 1991. *Pelatihan dan Pengembangan Keahlian*. Jakarta.
- Mujiman, H. 2007. *Manajemen Pelatihan Berbasis Belajar Mandiri*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Murti, B.1994. *Penelitian Epidemiologi*. Gajah Mada University Press. Jogjakarta.
- _____, 1995¹, . *Penerapan Statistik Non Parametrik bidang Ilmu Kesehatan*. Gajah Mada University Pres. Jogjakarta.
- _____, 1995², . *Penelitian Epidemiologi*. Gajah Mada University Pres. Jogjakarta.
- _____, 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Gajah Mada University Press.
- _____, 2003. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. (Edisi Kedua) Jilid Pertama. Gajah Mada University Press.
- _____, 2004. *Pengantar Reserach Epidemiplogi*. Gajah Mada University Pres. Jogjakarta.
- _____, 2006¹, . *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Gajah Mada University Press.
- _____, 2006², . *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. (Edisi Ketiga) Jilid Pertama. Gajah Mada University Press.
- Notoatmojo, S. 2003. *Pendidikan Kesehatan*. EGC Jakarta.
- _____, 2005. *Pendidikan dan Perilaku*. EGC Jakarta.
- Pemerintah Republik Indonesia, 2007. *Dikembangkan ke seluruh Indonesia*. Jakarta.

- Ruki, 1990. *Pendidikan dan Pelatihan menuju Kemandirian*. EGC Jakarta.
- Sarwoto, 1991. *Manajemen Rumah Sakit*. EGC Jakarta.
- Simamora, 1991. *Pelatihan untuk Karyawan*. Jakarta.
- Sirait, 2006. *Program Pelatihan dan Pengembangan Karyawan*. Jakarta.
- Siswindari, 2008. *Total quality management*. Surakarta
- Soetrisno, 2001. *Pemberdayaan Masyarakat dan Upaya Pembebasan*.
- Sugiyono, 2004. *Statistika Penelitian*. Alfabeta Bandung.
- USAID, 2004¹ , . *Mendengar Suara Tersembunyi*. Jakarta.
- _____, 2004² , . *Pemberdayaan Masyarakat dalam Program Kesehatan ibu anak*.
- _____, 2004³ , . *Penguatan Forum NGS dalam Pengawasan Aspirasi Masyarakat*.
- WHO, 2003. *Community capacity Measurement*. New York.

DAFTAR PERTANYAAN PENELITIAN

“PENGARUH PELATIHAN *SAFE COMMUNITY* TERHADAP PENGETAHUAN DAN PERILAKU BIDAN DESA DALAM MENGEMBANGKAN DESA SIAGA”

IDENTITAS RESPONDEN

1. NAMA :
2. NIP :
- NRPTT :
3. Tempat Tanggal Lahir :
4. Tempat Kerja :
5. Lama bekerja / masa kerja :
6. Selain tugas pokok sebagai Bidan Desa
Tugas lainnya
 - a. di..... : sebagai
 - b. di..... : sebagai
 - c. di..... : sebagai
 - d. di..... : sebagai
7. Pendidikan terakhir :
8. Pelatihan teknik yang pernah diikuti
Dalam 1 tahun terakhir
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.

INSTRUMEN PENGUKURAN PERILAKU BIDAN DESA

PETUNJUK

Pilihlah salah satu jawaban “Ya” atau “Tidak” dengan memberi tanda “V” di bawah ini :

Berikut ini saya lakukan sebagai Bidan Desa :

Ya Tidak

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Membuat rencana kerja harian, mingguan, bulanan, dalam rangka pengembangan Desa Siaga. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Membuat rencana kerja berdasarkan kegiatan program Desa siaga dan mendokumentasikannya. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Membuat dan mempunyai data valid tentang daftar kelompok masyarakat peduli kesehatan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Terlibat dalam pembentukan tim Desa Siaga tingkat desa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Membuat data valid tentang jumlah penderita penyakit menular dan tidak menular. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Melakukan pemetaan daerah endemis penyakit menular. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Melakukan pemetaan sarana kesehatan lingkungan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Melakukan pemetaan potensi desa dalam penanggulangan penyakit menular. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mengkoordinir masyarakat dalam gerakan PHBS secara rutin dan terjadwal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Mengkoordinir masyarakat dalam gerakan pemberantasan sarang nyamuk secara rutin dan terjaga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mengkoordinir masyarakat dalam gerakan kebersihan perumahan dan lingkungan secara rutin dan terjadwal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Melakukan pembinaan ke seluruh UKBM di wilayah desa binaan secara rutin dan terjadwal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Membuat dan mempunyai data valid tentang daftar kelompok masyarakat dengan masalah gizi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Melakukan penyuluhan gizi kepada kelompok potensial dan masyarakat dengan masalah gangguan gizi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Melakukan monitoring tentang penanganan masalah gizi secara terencana dan terdokumentasi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Membuat rencana terintegrasi dengan program terkait dalam penanganan masalah gangguan gizi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Melakukan penyuluhan kepada kelompok potensial tentang penanganan masalah bencana secara sederhana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mendemonstrasikan kepada kelompok potensial tentang penanganan kegawat daruratan medik berdasarkan kompetensi dan wewenang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Melakukan kaderisasi kepada kelompok potensial tentang Kegawat daruratan medik berdasarkan kompetensi dan wewenang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Melakukan pencatatan dan pelaporan setiap kegiatan secara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSTRUMEN PENGUKURAN PENGETAHUAN BIDAN DESA

PETUNJUK

Pilihlah salah satu jawaban “Benar” atau “Salah” dengan memberi tanda “V” di bawah ini :

- | | Benar | salah |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Visi Departemen Kesehatan dalam rangka Indonesia sehat adalah masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Desa siaga adalah desa yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tujuan Desa Siaga adalah masyarakat desa yang sehat serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan di wilayahnya. Masyarakat yang mampu mandiri untuk sehat yang peduli lingkungan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Yang dimaksud Poskesdes antara lain Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Penyakit campak dapat dicegah dengan pemberian imunisasi campak pada anak dengan tepat waktu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Anak dengan panas ringan merupakan kontra indikasi pemberian imunisasi campak. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Prinsip utama pemberantasan penyakit demam berdarah adalah dengan 3 M (menguras, menutup, mengubur) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. PD3I adalah kepanjangan dari penyakit dapat dicegah dengan imunisasi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Strategi dasar promosi kesehatan yaitu gerakan pemberdayaan, bina suasana, advokasi, dan kemitraan. ☐ ☐
10. Promosi kesehatan adalah inti dari kegiatan jejaring sosial dalam bidang kesehatan karena dalam promosi kesehatan semua elemen masyarakat terlibat di dalamnya. ☐ ☐
11. Program promosi kesehatan meliputi promotif, preventif, dan penanggulangan terjadinya cacat lebih lanjut. ☐ ☐
12. Pelaku promosi kesehatan hanya boleh dilakukan oleh petugas kesehatan (Bidan Desa). ☐ ☐
13. Pertumbuhan dan perkembangan anak dimulai sejak dalam rahim ibu, karenanya ibu hamil harus makan dua kali lebih banyak dari orang tidak hamil. ☐ ☐
14. Masalah gizi utama di masyarakat kita adalah : KEP (Kekurangan Energi Protein), GAKY (Gangguan Akibat Kekurangan Yodium), AGB (Anemia Gizi Besi) dan KVA (Kekurangan Vitamin A). ☐ ☐
15. Salah satu indikator keluarga sadar gizi adalah semua bayi hanya diberi ASI hingga umur 6 bulan. ☐ ☐
16. Salah satu tanda kwasiorkor adalah demam seluruh tubuh terutama punggung dan kaki. ☐ ☐
17. Pengertian dari *safe community*, kecuali merupakan situasi kritis yang membutuhkan pertolongan segera pada masyarakat tak berdaya merupakan tugas masyarakat bersama dalam mengatasinya. ☐ ☐

18. Penilaian kesehatan secara tepat bertujuan khusus
antara lain jenis bencana, lokasi kejadian,
penduduk yang terkena, dampak kesehatan dan respons setempat.

☐☐

19. Hal-hal yang harus di perhatikan Posko di saat
menampung pasien banyak antara lain ditempat
yang lapang, struktur tanah tidak labil.

☐☐

20. Definisi gawat darurat adalah suatu keadaan karena
cedera maupun bukan cedera yang mengancam
nyawa pasien dan membutuhkan pertolongan
segera.

☐☐

Descriptive Statistics know

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
klp tratm before know	36	13.00	19.00	16.5833	1.57435
klp kontr before know	32	15.00	20.00	17.9063	.99545
klp tret after know	36	17.00	20.00	18.7778	.86557
klp kontr after know	32	17.00	20.00	18.2812	.72887
klp treat 14 know	36	16.00	20.00	18.4722	1.23024
klp kontr 14 know	32	17.00	20.00	18.1875	.73780
Valid N (listwise)	32				

Descriptive Statistics behave

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
klp treat behave	36	3.00	6.00	4.7500	.84092
klp kontr behave	32	2.00	5.00	3.5312	1.01550
klp treat 14 behave	36	.00	20.00	17.2778	4.50784
klp kontr 14 behave	32	.00	8.00	3.6250	2.41968
Valid N (listwise)	32				

T-Test

Group Statistics

Status pelatihan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Knopostpre Kontrol	32	.38	.907	.160
Pelatihan	36	2.19	1.215	.202

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Knopostpre Kontrol	3.252	.076	-6.927	66	.000	-1.819	.263	-2.344	-1.295
Pelatihan			-7.046	64.172	.000	-1.819	.258	-2.335	-1.304

Group Statistics

Status pelatihan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Perubahan pengetahuan safe community 14 hari setelah pelatihan Kontrol	32	.28	1.114	.197
Pelatihan	36	1.89	2.252	.375

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Perubahan pengetahuan safe community 14 hari setelah pelatihan Kontrol	2.513	.001	3.657	66	.001	1.608	.440	2.485	-.730
Pelatihan			3.792	2.431	.000	1.608	.424	2.458	-.757

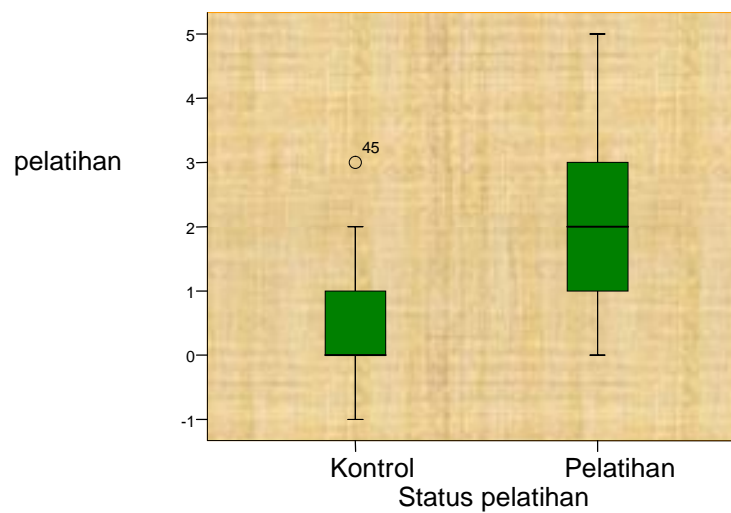
Group Statistics

Status pelatihan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Perilaku safe community 14 hari setelah pelatihan	32	.09	2.620	.463
Kontrol	36	12.53	4.796	.799

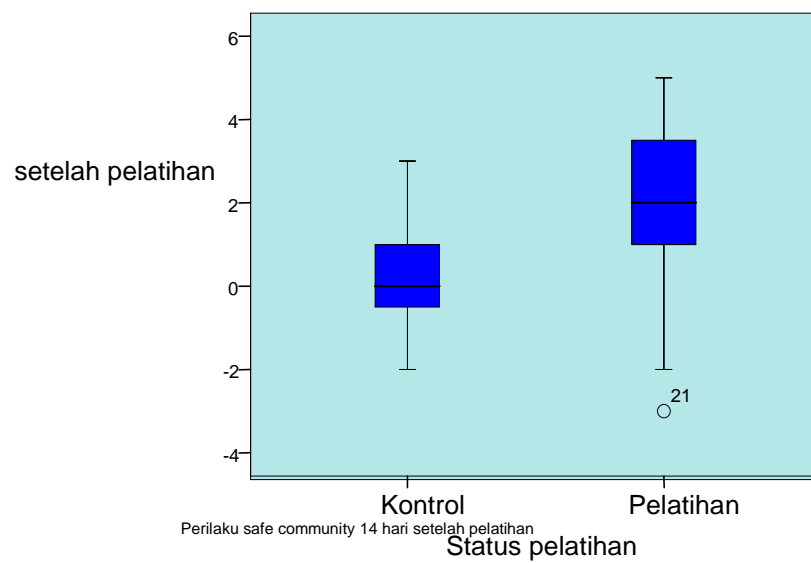
Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	5% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Perilaku safe community 14 hari setelah pelatihan	3.042	.086	3.033	66	.000	12.434	.954	4.339	10.529
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			3.460	55.393	.000	12.434	.924	4.285	10.583

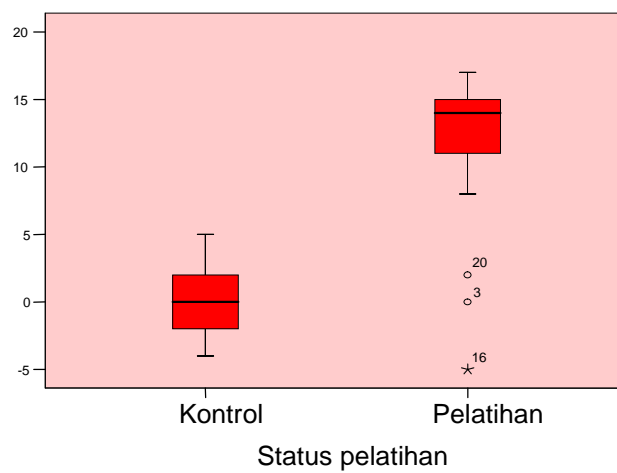
Perubahan pengetahuan *safe community* setelah pelatihan.



Perubahan pengetahuan *safe community* 14 hari setelah pelatihan.



Perilaku *safe community* 14 hari setelah pelatihan.



REKAPITULASI HASIL PRE, POST TEST, 14 HARI PASCA TREATMENT
PENGUKURAN PENGETAHUAN
PELATIHAN *SAFE COMMUNITY* BIDAN DESA ANGKATAN II / 2008
Tgl 2 Juni sampai dengan 6 Juni 2008

NO	NAMA	STATUS	PRE TEST		POST TEST		14Hr	
			J.benar	Nilai	J.benar	Nilai	J.benar	Nilai
1	SRI UTAMI	1	18	18	19	19	19	19
2	PANTI RAHAYU	1	18	18	20	20	19	19
3	NI KADEK ARIASIH	1	18	18	20	20	17	17
4	SITI DJUAWARIYAH	1	19	19	20	20	17	17
5	ERNAWATI	1	16	16	19	19	19	19
6	YETI ENJAR W	1	18	18	19	19	17	17
7	EMI ARTUTI	1	15	15	19	19	17	17
8	INDAH NURUL BADIA	1	16	16	18	18	20	20
9	ENDARMINI	1	18	18	20	20	19	19
10	SUJATMIATI	1	19	19	20	20	18	18
11	SRI PUJI HARTATIK	1	16	16	20	20	19	19
12	ATIEK UMayA	1	14	14	17	17	19	19
13	SRI SULIKAH	1	19	19	20	20	17	17
14	DINA SULISTYOWATI	1	17	17	18	18	19	19
15	HENIK	1	18	18	19	19	16	16
16	SITI KHOIRIYAH	1	15	15	18	18	20	20
17	ENDRI S	1	16	16	18	18	19	19
18	SHOLIKAH	1	13	13	17	17	17	17
19	LAILUL ZUHRO	1	16	16	18	18	17	17
20	BIBIT LESTARI	1	18	18	19	19	20	20
21	LISTI ANJARSUN	1	19	19	20	20	16	16
22	YAYUK EKO R	1	14	14	18	18	19	19
23	UMI MASRUROH	1	14	14	19	19	18	18
24	RINA S	1	15	15	19	19	20	20
25	TYAS BINTARI	1	17	17	18	18	20	20
26	SITI YUIATIN	1	18	18	18	18	19	19
27	IKA R	1	17	17	19	19	17	17
28	SRI HANDAYANI	1	16	16	18	18	19	19
29	NURIT YUNIARTI	1	17	17	18	18	19	19
30	ALIMAH A	1	17	17	19	19	20	20
31	HANIK MUNDIYAH	1	16	16	18	18	20	20
32	UMIYATI KULSUM	1	16	16	19	19	19	19
33	SUNDARI MASFUFAH	1	16	16	18	18	18	18
34	SUSWATI MARYAMAH	1	16	16	19	19	18	18
35	SUWAIBAH	1	17	17	19	19	18	18
36	HINDUN MUNAWAROH	1	15	15	19	19	20	20
37	SILVIA VITA VERAWATI	0	18	18	18	18	19	19
38	YUNI AYU MELASARI	0	19	19	19	19	19	19
39	MEDALITA	0	20	20	19	19	18	18
40	EKHA SULIANA	0	17	17	19	19	20	20
41	MERISA ABID M	0	19	19	20	20	19	19

42	VINESIA OKTANIA DJ	0	17	17	19	19	18	18
43	RATNA DWI SULASTRI	0	19	19	18	18	18	18
44	IKA FITRI ASTUTI	0	17	17	18	18	18	18
45	SRI WYLANDARI	0	15	15	18	18	17	17
46	INNA SUBEKTI	0	19	19	19	19	19	19
47	PUJI LESTARI	0	17	17	19	19	19	19
48	LAIALTUS SHOLIKAH	0	18	18	18	18	18	18
49	VIVI YUDA P	0	19	19	18	18	18	18
50	ZULI VIDA R	0	17	17	18	18	18	18
51	RETNO ADANINGGAR	0	19	19	19	19	18	18
52	ANIS WIJIANI	0	18	18	19	19	19	19
53	RIZA LINDASARI	0	18	18	19	19	18	18
54	SISKA RAHMAWATI	0	17	17	17	17	18	18
55	LINDA MAYASARI	0	18	18	18	18	17	17
56	CATUR RATNA K	0	18	18	18	18	18	18
57	TRI YUNI ARIANDITA	0	18	18	18	18	18	18
58	VERA WATI A	0	18	18	18	18	18	18
59	DEVI PERMATA	0	19	19	19	19	18	18
60	ERNI WULANDARI	0	18	18	18	18	18	18
61	ANDESTIA IMANITA	0	17	17	18	18	17	17
62	MAYA MITA PUTRI	0	18	18	18	18	19	19
63	EMI YULIARTI	0	18	18	18	18	19	19
64	ATIKA RAHMAWATI	0	19	19	19	19	18	18
65	TIKA FITRIA	0	17	17	17	17	18	18
66	YENI RIAN SARI	0	18	18	18	18	17	17
67	ENDANG SULISTYORINI	0	17	17	17	17	17	17
68	CAHYANING TYAS	0	17	17	17	17	19	19

REKAPITULASI HASIL PRE, POST TEST, 14 HARI PASCA TREATMENT
PENGUKURAN PERILAKU
PELATIHAN *SAFE COMMUNITY* BIDAN DESA ANGKATAN II / 2008
Tgl 2 Juni sampai dengan 6 Juni 2008

NO	NAMA	STATUS	PRE TEST		POST TEST		14 hr pasca treat	
			J.BENAR	NILAI	J.BENAR	NILAI	J.benar	Nilai
1	SRI UTAMI	1	5	5	5	5	16	16
2	PANTI RAHAYU	1	5	5	5	5	20	20
3	NI KADEK ARIASIH	1	5	5	5	5	5	5
4	SITI DJUAWARIYAH	1	5	5	5	5	16	16
5	ERNAWATI	1	5	5	5	5	13	13
6	YETI ENJAR W	1	5	5	5	5	20	20
7	EMI ARTUTI	1	6	6	6	6	20	20
8	INDAH NURUL BADIA	1	4	4	4	4	19	19
9	ENDARMINI	1	5	5	5	5	19	19
10	SUJATMIATI	1	6	6	6	6	14	14
11	SRI PUJI HARTATIK	1	4	4	4	4	20	20
12	ATIEK UMayA	1	3	3	3	3	20	20
13	SRI SULIKAH	1	5	5	5	5	18	18
14	DINA SULISTYOWATI	1	3	3	3	3	20	20
15	HENIK	1	4	4	4	4	15	15
16	SITI KHOIRIYAH	1	5	5	5	5	0	0
17	ENDRI S	1	6	6	6	6	20	20
18	SHOLIKAH	1	5	5	5	5	20	20
19	LAILUL ZUHRO	1	4	4	4	4	20	20
20	BIBIT LESTARI	1	6	6	6	6	8	8
21	LISTI ANJARSUN	1	5	5	5	5	20	20
22	YAYUK EKO R	1	4	4	4	4	20	20
23	UMI MASRUROH	1	6	6	6	6	20	20
24	RINA S	1	4	4	4	4	20	20
25	TYAS BINTARI	1	5	5	5	5	20	20
26	SITI YUIATIN	1	4	4	4	4	20	20
27	IKA R	1	5	5	5	5	20	20
28	SRI HANDAYANI	1	4	4	4	4	20	20
29	NURIT YUNIARTI	1	6	6	6	6	16	16
30	ALIMAH A	1	4	4	4	4	17	17
31	HANIK MUNDIYAH	1	5	5	5	5	17	17
32	UMIYATI KULSUM	1	6	6	6	6	17	17
33	SUNDARI MASFUFAH	1	4	4	4	4	18	18
34	SUSWATI MARYAMAH	1	5	5	5	5	18	18
35	SUWAIBAH	1	4	4	4	4	19	19
36	HINDUN MUNAWAROH	1	4	4	4	4	17	17

37	SILVIA VITA VERAWATI	0	4	4	6	6	4	4
38	YUNI AYU MELASARI	0	4	4	8	8	2	2
39	MEDALITA	0	4	4	9	9	5	5
40	EKHA SULIANA	0	5	5	5	5	4	4
41	MERISA ABID M	0	5	5	8	8	7	7
42	VINESIA OKTANIA DJ	0	5	5	7	7	1	1
43	RATNA DWI SULASTRI	0	4	4	6	6	4	4
44	IKA FITRI ASTUTI	0	5	5	5	5	5	5
45	SRI WYLANDARI	0	4	4	8	8	1	1
46	INNA SUBEKTI	0	2	2	5	5	5	5
47	PUJI LESTARI	0	4	4	7	7	4	4
48	LAIALTUS SHOLIKAH	0	3	3	12	12	4	4
49	VIVI YUDA P	0	3	3	11	11	2	2
50	ZULI VIDA R	0	3	3	14	14	0	0
51	RETNO ADANINGGAR	0	5	5	12	12	1	1
52	ANIS WIJANTI	0	3	3	3	3	0	0
53	RIZA LINDASARI	0	3	3	5	5	5	5
54	SISKA RAHMAWATI	0	3	3	6	6	1	1
55	LINDA MAYASARI	0	2	2	5	5	2	2
56	CATUR RATNA K	0	3	3	8	8	1	1
57	TRI YUNI ARIANDITA	0	2	2	6	6	0	0
58	VERA WATI A	0	4	4	5	5	4	4
59	DEVI PERMATA	0	3	3	9	9	5	5
60	ERNI WULANDARI	0	5	5	5	5	1	1
61	ANDESTIA IMANITA	0	3	3	6	6	8	8
62	MAYA MITA PUTRI	0	2	2	8	8	4	4
63	EMI YULIARTI	0	3	3	5	5	4	4
64	ATIKA RAHMAWATI	0	2	2	7	7	5	5
65	TIKA FITRIA	0	3	3	5	5	8	8
66	YENI RIAN SARI	0	5	5	4	4	4	4
67	ENDANG SULISTYORINI	0	4	4	6	6	8	8
68	CAHYANING TYAS	0	3	3	8	8	7	7

Pelatihan	Knowpre	Knowpost	Know14days	Pripre	Pripost	Pri14days
1	18	19	19	5	5	16
1	18	20	19	5	5	20
1	18	20	17	5	5	5
1	19	20	17	5	5	16
1	16	19	19	5	5	13
1	18	19	17	5	5	20
1	15	19	17	6	6	20
1	16	18	20	4	4	19
1	18	20	19	5	5	19
1	19	20	18	6	6	14
1	16	20	19	4	4	20
1	14	17	19	3	3	20
1	19	20	17	5	5	18
1	17	18	19	3	3	20
1	18	19	16	4	4	15
1	15	18	20	5	5	0
1	16	18	19	6	6	20
1	13	17	17	5	5	20
1	16	18	17	4	4	20
1	18	19	20	6	6	8
1	19	20	16	5	5	20
1	14	18	19	4	4	20
1	14	19	18	6	6	20
1	15	19	20	4	4	20
1	17	18	20	5	5	20
1	18	18	19	4	4	20
1	17	19	17	5	5	20
1	16	18	19	4	4	20
1	17	18	19	6	6	16
1	17	19	20	4	4	17
1	16	18	20	5	5	17
1	16	19	19	6	6	17
1	16	18	18	4	4	18
1	16	19	18	5	5	18
1	17	19	18	4	4	19
1	15	19	20	4	4	17
0	18	18	19	4	6	4
0	19	19	19	4	8	2
0	20	19	18	4	9	5
0	17	19	20	5	5	4
0	19	20	19	5	8	7
0	17	19	18	5	7	1
0	19	18	18	4	6	4
0	17	18	18	5	5	5
0	15	18	17	4	8	1
0	19	19	19	2	5	5
0	17	19	19	4	7	4
0	18	18	18	3	12	4

0	19	18	18	3	11	2
0	17	18	18	3	14	0
0	19	19	18	5	12	1
0	18	19	19	3	3	0
0	18	19	18	3	5	5
0	17	17	18	3	6	1
0	18	18	17	2	5	2
0	18	18	18	3	8	1
0	18	18	18	2	6	0
0	18	18	18	4	5	4
0	19	19	18	3	9	5
0	18	18	18	5	5	1
0	17	18	17	3	6	8
0	18	18	19	2	8	4
0	18	18	19	3	5	4
0	19	19	18	2	7	5
0	17	17	18	3	5	8
0	18	18	17	5	4	4
0	17	17	17	4	6	8
0	17	17	19	3	8	7